

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

NANCI MOREIRA DA CUNHA MARANGONI

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL  
SOBRE A GESTÃO DOS CUSTOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA DE UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

UBERABA

2023

NANCI MOREIRA DA CUNHA MARANGONI

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL  
SOBRE A GESTÃO DOS CUSTOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA DE UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Inovação Tecnológica.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira.

Linha de Pesquisa: Gestão de Operações.

UBERABA

2023

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

M259d Marangoni, Nanci Moreira da Cunha  
Doenças do aparelho circulatório: diagnóstico situacional sobre a  
gestão dos custos em unidade de clínica médica de um hospital  
público de ensino / Nanci Moreira da Cunha Marangoni. -- 2023.  
132 f. : il., graf., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica) --  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023  
Orientador: Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira

1. Unidades hospitalares. 2. Estudo de avaliação como assunto.  
3. Hospitais. 4. Administração financeira. I. Pereira, Gilberto de  
Araújo. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.21:658.15

NANCI MOREIRA DA CUNHA MARANGONI

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL  
SOBRE A GESTÃO DOS CUSTOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA DE UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Mestrado Profissional em  
Inovação Tecnológica da Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Mestra em Inovação Tecnológica.

Uberaba, de 17 de fevereiro de 2023.

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira – Orientador  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Divanice Contim  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Marciana Fernandes Moll  
Universidade de Uberaba



Documento assinado eletronicamente por **GILBERTO DE ARAUJO PEREIRA**, Professor do Magistério Superior, em 17/02/2023, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) e no art. 34 da [Portaria Reitoria/UFTM nº 87, de 17 de agosto de 2021](#).



Documento assinado eletronicamente por **DIVANICE CONTIM**, Professor do Magistério Superior, em 23/02/2023, às 18:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) e no art. 34 da [Portaria Reitoria/UFTM nº 87, de 17 de agosto de 2021](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marciana Fernandes Moll**, Usuário Externo, em 02/03/2023, às 19:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) e no art. 34 da [Portaria Reitoria/UFTM nº 87, de 17 de agosto de 2021](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufm.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0931817** e o código CRC **EBC977DB**.

Dedico a presente Dissertação de Mestrado ao meu esposo **Wilian Marangoni** e ao meu filho **Heitor**, pelo apoio, compreensão e incentivo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me iluminar e proporcionar retorno ao equilíbrio nos momentos em que as diversas dificuldades se faziam presentes, por tantas questões ocorridas durante esta caminhada.

Agradeço também ao meu esposo, **Wilian Marangoni**, e meu filho **Heitor**, que de forma especial e carinhosa me deram força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Não deixo de expressar minha profunda gratidão à minha **mãe, irmã, sobrinhos e sogra**, que entenderam os momentos de ausência.

Agradeço a todos os **professores do Programa de Mestrado de Inovação Tecnológica**, e em especial meu orientador, **Gilberto Pereira**, por ter me transformado e incentivado a todo instante, auxiliando-me e conduzindo-me. Gratidão por todo aprendizado.

Quero muito agradecer também a todos os **colegas da minha turma**, que por inúmeras vezes me apoiaram nesta jornada.

A minha **equipe de trabalho**, pelo apoio dado em meus momentos de estresse e aflição.

Aos **amigos e profissionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, que foram essenciais para este processo se concretizar.

Gratidão a **todos** pelo convívio, pelas alegrias e incertezas, por todos esses momentos vividos e partilhados juntos.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”

Paulo Freire

## RESUMO

MARANGONI, N. M. da C. **Doenças do aparelho circulatório**: diagnóstico situacional sobre a gestão dos custos em Unidade de Clínica Médica de um hospital público de ensino. 2023. 132 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

Unidades de internação, como a Clínica Médica, admitem pacientes de diversas especialidades, com diferentes níveis de complexidade assistencial, o que ocasiona maiores custos e, conseqüentemente, torna o reconhecimento desses fundamentais para um melhor gerenciamento dos resultados e tomada de decisões. Apesar da importância de se investigar os custos ocasionados pelo atendimento ao paciente na Clínica Médica e a farta literatura acerca dos métodos de custeio, observa-se ainda uma escassez de estudos que avaliem a apuração de custos e alocação de recursos em unidades de internação como a Clínica Médica, restringindo-se à apuração dos custos diretos em contextos isolados. Diante disso, o presente estudo objetivou identificar e descrever a estrutura produtiva, bem como os processos relacionados à gestão de custos da Unidade de Clínica Médica de um hospital público de ensino superior, por meio de um diagnóstico situacional. Trata-se de um estudo descritivo de caso, com abordagem mista, na intenção de realizar um diagnóstico situacional de uma Unidade de Clínica Médica de um hospital público do Triângulo Mineiro, entre o período de outubro de 2020 a maio de 2022, considerando o ano de 2019 como referência. Para a coleta dos dados consultou-se fontes bibliográficas disponíveis eletronicamente, documentos fornecidos pelos próprios setores/unidades do hospital em formato de editores de texto (docx), *Portable Document Format*, planilhas do *Microsoft Office Excel* e ilustrações, assim como, realizou-se entrevistas semiestruturadas com chefias imediatas e profissionais atuantes das unidades/setores de interesse. Após, como produto da presente dissertação, desenvolveu-se dois vídeos educativos. Os resultados demonstram que o fluxo de pacientes cardiopatas com destino a Unidade de Clínica Médica pode ocorrer por meio de setores diferentes, com uma estrutura produtiva complexa. O atendimento nessa unidade gera custos diretos, indiretos, fixos e variáveis, apesar de não ser realizada a apuração de custos no referido hospital, mas sim o método de absorção por meio da



apuração dos procedimentos realizados via análise dos prontuários. Em suma, percebeu-se que a Unidade de Clínica Médica apresenta uma estrutura produtiva complexa voltada ao paciente com doença cardiovascular, que gera altos custos e que, apesar da necessidade de haver a apuração de custos, a unidade opta pelo método de absorção. Assim, desenvolveu-se dois vídeos acerca dos métodos de apuração de custos em saúde e os custos em saúde de média e alta complexidade, com o objetivo de informar, instruir e sensibilizar servidores, discentes e usuários sobre a importância da gestão eficiente de custos em saúde para sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: unidades hospitalares; estudos de avaliação como assunto; hospitais; administração financeira.

## ABSTRACT

MARANGONI, N. M. da C. **Doenças do aparelho circulatório: diagnóstico situacional sobre a gestão dos custos em Unidade de Clínica Médica de um hospital público de ensino.** 2023. 132 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

Inpatient units, such as the Medical Clinic, admit patients from different specialties, with different levels of care complexity, which causes higher costs and, consequently, makes the recognition of costs fundamental for better management of results and decision-making. Despite the importance of investigating the costs caused by patient care in the Medical Clinic and the abundant literature on costing methods, there is still a shortage of studies that evaluate the calculation of costs and allocation of resources in hospitalization units such as the Medical Clinic, restricting itself to the calculation of direct costs in isolated contexts. In view of this, the present study aimed to identify and describe the productive structure, as well as the processes related to cost management of the internal medicine unit of a public higher education hospital, through a situational diagnosis. This is a descriptive case study with a mixed approach with the intention of carrying out a situational diagnosis of a Medical Clinic Unit of a public hospital in the Minas Gerais triangle between the period of October 2020 to May 2022, considering the year 2019 as reference. For data collection, electronically available bibliographic sources were consulted, documents provided by the sectors/units of the hospital in text editor format (docx), Portable Document Format, Microsoft Office Excel spreadsheets and illustrations, as well as, semi-structured interviews with immediate supervisors and professionals working in the units/sectors of interest. After, as a product of the present dissertation, two educational videos were developed. The results demonstrate that the flow of cardiac patients to the Medical Clinic Unit can occur through different sectors, with a complex productive structure. The service in this unit generates direct, indirect, fixed and variable costs, although the calculation of costs is not carried out in the referred hospital, but the method of absorption through the calculation of the procedures carried out through the analysis of the medical records. In short, he realized that the Medical Clinic Unit has a complex productive structure aimed at patients with cardiovascular disease, which generates high costs and that

despite the need to calculate costs, the unit opts for the absorption method. Thus, two videos were developed about the methods of calculating health costs and medium and high complexity health costs with the intention of informing, instructing and sensitizing servers, students and users about the importance of efficient management of health costs for sustainability of the Unified Health System.

Keywords: hospital units; evaluation studies as topic; hospitals; financial management.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.....	43
Figura 2 - Municípios da macrorregião do Triângulo Sul de Minas Gerais.....	43
Figura 3 - Roteiro de entrevista direcionado aos chefes das Unidades de Contabilidade de Custos e Unidade de Registro, Revisão e Processamento de Informações .....	49
Figura 4 - Tópicos e perguntas da entrevista direcionada aos setores/unidades fornecedoras de itens para a Unidade de Clínica Médica .....	51
Figura 5 - Esquema com definição das cardiopatias graves .....	58
Figura 6 - Fluxo dos pacientes com doenças cardiovasculares com destino à Unidade de Clínica Médica no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.....	59
Figura 7 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro .....	61
Figura 8 - Composição da Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro .....	62
Figura 9 - Serviços de apoio que atuam na Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro .....	63
Figura 10 - <i>Print</i> da tela do Painel dos Serviços do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.....	65
Figura 11 - <i>Print</i> dos sistemas de relatórios do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários .....	65
Figura 12 - Sistema de relatórios de faturamento do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.....	66
Figura 13 - <i>Print</i> do sistema de relatório de suprimentos do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.....	66
Figura 14 - <i>Print</i> da tela do Painel dos Serviços do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.....	67
Figura 15 - Planta física da Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro .....	70
Figura 16 - Registros de internações segundo as clínicas de origem e os capítulos do CID-10, no ano de 2019.....	77

Figura 17 - Principais processos produtivos da Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro .....	81
Figura 18 - Faturamento segundo a complexidade e o capítulo da CID-10 da internação no do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro no ano de 2019.....	96

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informação de interesse, fonte dos dados e forma de apresentação das informações coletadas referentes à caracterização da Unidade de Clínica Médica..	46
Quadro 2 - Dados solicitados aos setores/unidades fornecedoras de insumos para a Unidade de Clínica Médica, com suas respectivas fontes.....	50
Quadro 3 - Conteúdo do roteiro dos vídeos.....	53
Quadro 4 - Estrutura do <i>storyboard</i> .....	54
Quadro 5 - Estrutura física da Unidade de Clínica Médica para desenvolvimento de atividades.....	71
Quadro 6 - Caracterização dos profissionais atuantes na Unidade de Clínica Médica, segundo quantidade, vínculo, carga horária e lotação.....	74
Quadro 7 - Procedimentos voltados para o paciente com doença referente ao Capítulo IX do CID-10 (Doenças do Aparelho Circulatório).....	84
Quadro 8 - Insumos utilizados na Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com seus respectivos fornecedores.	89
Quadro 9 - Programação orçamentária contratualizada via Termo de Convênio entre a EBSEH e o Município de Uberaba em 2021 .....	92
Quadro 10 - Despesas empenhadas, segundo o tipo de despesa, a origem dos recursos e destinação das despesas, no ano de 2019 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro .....	94
Quadro 11 - Faturamento segundo a complexidade e o tipo de procedimento realizado na internação no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro no ano de 2019.....	95
Quadro 12 - Salários e encargos referentes a equipe de profissionais lotada na Unidade de Clínica Médica no ano de 2019 .....	98
Quadro 13 - Quantitativo e valores das refeições entregues no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e na Unidade de Clínica Médica no ano de 2019.....	100
Quadro 14 - Resumo dos custos apurados via macrocusteio top-down na Unidade de Clínica Médica no ano de 2019 .....	107
Quadro 15 - Conteúdo do roteiro e <i>storyboard</i> do Vídeo Educativo I .....	108
Quadro 16 - Conteúdo do roteiro e <i>storyboard</i> do Vídeo Educativo II .....	111

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Entradas de pacientes na Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022 .....	76
Tabela 2 - Média de pacientes por dia e dias de permanência por paciente na Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022 .....	78
Tabela 3 - Taxas de ocupação e desocupação, índice de substituição e renovação na Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022 .....	79
Tabela 4 - Saídas de pacientes da Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022 .....	79
Tabela 5 - Taxas de mortalidade de pacientes da Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022.....	80
Tabela 6 - Custos da Unidade de Clínica Médica em 2019 com insumos dispensados pelo Setor de Farmácia. Uberaba, MG, Brasil, 2022 .....	102
Tabela 7 - Custo total e médio mensal estimado com processamento de roupas destinadas à Unidade de Clínica Médica no ano de 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022 .....	104
Tabela 8 - Custo médio diário estimado com a higienização de roupas destinadas à Unidade de Clínica Médica no ano de 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022.....	106

## LISTA DE SIGLAS

ABC – *Activity Based Costing*  
AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
ANS – Agência Nacional de Saúde  
APAC – Autorização de Procedimento de Alto Custo  
BRICs – *Building Better Global Economic*  
CAIS – Centro de Atenção Integrada em Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CIG – Contratos Internos de Gestão  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CM – Clínica Médica  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica  
CTI – Centro de Terapia Intensiva  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DCV – Doenças Cardiovasculares  
DGC – Divisão de Gestão do Cuidado  
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias  
DIVGP – Divisão de Gestão de Pessoas  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas de Compensação  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GAS – Gerência de Atenção à Saúde  
GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa  
HC-UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
HU – Hospitais Universitários  
HUB – Hospitais Universitários Brasileiros  
HUF – Hospitais Universitários Federais  
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior



LOA – Lei Orçamentária Anual  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PDE – Plano Diretor Estratégico  
PDF – *Portable Document Format*  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos  
PRORH – Pró-Reitoria de Recursos Humanos  
PSA – Pronto Socorro Adulto  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
REHUF – Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais  
RJU – Regime Jurídico Único  
RT – Responsável Técnico  
SEI – Sistema Eletrônico de Informação  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIC – Sistemas de Informação de Custos  
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Próteses e Materiais  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SISREG – Sistema Nacional de Regulação on-line  
SGPTI – Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
STCOR – Setor de Contratualização e Regulação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UCM – Unidade de Clínica Médica  
UPA – Unidades de Pronto Atendimento  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
UTI-C – Unidade de Terapia Intensiva Coronariana  
UTR – Unidade de Terapia Renal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	25
2.1 GERAL .....	25
2.2 ESPECÍFICOS .....	25
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	26
3.1. SISTEMA DE SAÚDE E FINANCIAMENTO EM SAÚDE .....	26
<b>3.1.1 Fonte de recursos financeiros</b> .....	27
3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	29
3.3 REDE HOSPITALAR E GESTÃO DE CUSTO .....	30
<b>3.3.1 Tipos de custos</b> .....	33
<b>3.3.2 Métodos de apuração de custos</b> .....	35
3.3.2.1 <i>Custeio por Absorção</i> .....	36
3.3.2.2 <i>Custeio Variável</i> .....	36
3.3.2.3 <i>Custeio baseado em Atividades ou Activity Based Costing (ABC)</i> .....	37
3.4 CLÍNICA MÉDICA .....	38
3.5 DOENÇAS CARDIOVASCULARES .....	39
<b>4 MÉTODOS</b> .....	42
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	42
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	42
4.3 FONTE, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	44
<b>4.3.1 Fluxo dos pacientes com doenças cardiovasculares com destino à Unidade de Clínica Médica</b> .....	45
<b>4.3.2 Caracterização da estrutura produtiva da Unidade de Clínica Médica no ano de 2019</b> .....	46
<b>4.3.3 Descrição dos processos de produção de serviços na Unidade de Clínica Médica</b> .....	48
<b>4.3.4 Faturamento e estratégia para apuração dos custos da Unidade de Clínica Médica</b> .....	48
<b>4.3.5 Caracterização do perfil de custos na Unidade de Clínica Médica, no ano de 2019</b> .....	49

<b>4.3.6 Produção técnica: vídeo informativo sobre sistemas de saúde, gasto e custo em saúde, formas de financiamento e métodos de apuração de custos hospitalares</b> .....	51
4.3.6.1 Fase I: Pré-Produção.....	52
4.3.6.2 Fase II: Produção.....	54
4.3.6.3 Fase III: Pós-Produção.....	55
<b>4.4 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	56
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	57
5.1 FLUXO DOS PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM DESTINO À UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA .....	57
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA PRODUTIVA DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA EM 2019 .....	60
<b>5.2.1 Estrutura e organização</b> .....	60
<b>5.2.2 Sistema de informação</b> .....	63
<b>5.2.3 Espaço físico</b> .....	69
<b>5.2.4 Recursos materiais</b> .....	73
<b>5.2.5 Recursos humanos</b> .....	73
<b>5.2.6 Indicadores de internação hospitalar</b> .....	76
5.3 PROCESSOS DE PRODUÇÃO NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA .....	80
5.4 FATURAMENTO E CUSTOS DO HC-UFTM .....	90
<b>5.4.1 Faturamento</b> .....	90
<b>5.4.2 Custos</b> .....	97
5.4.2.1 Custo Direto - Encargos e salários .....	98
5.4.2.2 Custo Fornecedor - Serviço de Nutrição e Dietética.....	99
5.4.2.3 Custo - Fornecedor: Farmácia .....	101
5.4.2.4 Custo - Fornecedor: Hotelaria .....	103
5.5 RESUMO – MACROCUSTEIO TOP-DOWN.....	106
5.6 PRODUTO TÉCNICO-VÍDEO INFORMATIVO .....	108
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	115
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	118
<b>ANEXO A - MEMORANDO DE APROVAÇÃO DO PROJETO NA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HC-UFTM</b> .....	132

## 1 INTRODUÇÃO

As crescentes demandas em saúde por novas abordagens terapêuticas, protocolos clínicos, medicamentos, equipamentos para fins terapêuticos ou diagnósticos, dentre outras, decorrentes, seja pelo envelhecimento populacional ou pelo desenvolvimento dessas inovações tecnológicas, contribuem para o aumento dos gastos em saúde de forma geral, tanto no setor público quanto no privado, na atenção primária, secundária ou terciária. Tais demandas acabam compondo/incorporando a tão extensa lista de itens necessários para a assistência à saúde da população.

O Brasil é um dos seletos países do mundo com sistema público de saúde, o único com mais de 190 milhões de habitantes com sistema universal 100% gratuito (BRASIL, 2021), o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é uma conquista popular, garantido constitucionalmente e financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

O gasto brasileiro com saúde é cerca de 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB), próximo do gasto médio dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que é de 9%, inclusive daqueles países com sistema público universal, como Canadá, Austrália, França, Inglaterra e Suécia. No entanto, somente 42% do total de gastos (3,8% do PIB) são gastos públicos em saúde, percentual inferior à média dos países da OCDE (73,2%) e dos países de renda média semelhante ao Brasil (59%), e superior à média dos países do grupo *Building Better Global Economic* (BRICs) (46%) (BRANDI; SILVA, 2019; CONASS, 2018; FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Dados mostram que o crescimento anual médio nos gastos em saúde dos países membros tem acompanhado o crescimento anual médio do PIB; entretanto, a taxa de crescimento de gastos ultrapassa a taxa de crescimento do PIB (CONASS, 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 20% a 40% de todos os recursos financeiros destinados à saúde no mundo são desperdiçados (OMS, 2010).

Considerando o padrão atual de crescimento dos gastos em saúde, enquanto estimativas apontam que o Brasil passará dos atuais R\$ 283 bilhões para R\$ 700 bilhões de reais em 2030, sem considerar o envelhecimento populacional, a necessidade de incorporações de novas tecnologias para a assistência e o aumento

natural dos gastos, tem-se que a melhoria da eficiência na alocação dos recursos financeiros pode resultar em economia dos gastos em saúde de até R\$115 bilhões em 2030 e R\$989 bilhões de reais até 2030 no Brasil (CONASS, 2018).

Especificamente quanto à saúde pública, um dos muitos desafios na implementação do SUS no Brasil se refere à eficiência na gestão dos recursos financeiros em saúde, especificamente quanto à necessidade do equilíbrio entre os recursos financeiros disponíveis e a eficiência na utilização desses. Nesse sentido, há espaço significativo para melhoria da eficiência nos gastos em saúde no Brasil, em especial no nível hospitalar, particularmente nos Hospitais Universitários Federais (HUF) (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

No ano de 2021, foram destinados no Brasil cerca de R\$189 bilhões de reais para todos os níveis de atenção na saúde pública (primária, secundária e terciária), R\$50 bilhões a mais do previsto, devido à necessidade de ampliação da cobertura vacinal contra a COVID-19. Desses R\$189 bilhões, foram executados R\$161 bilhões, dos quais 54,6% (R\$88 bilhões) foram destinados à atenção especializada à saúde, área em que se encontram os HUF (BRASIL, 2021).

Os Hospitais Universitários Brasileiros (HUB) são hospitais gerais com as características e funções de um Hospital de Base, utilizados por Escolas de Ciências de Saúde, como centros de formação profissional (BRASIL, 1977). Atuam na formação profissional e na prestação de serviços de assistência à saúde da população. Em especial, têm-se os HUF, os quais integram o SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa de acordo com o art. 45 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a).

No Brasil, existem 7.773 estabelecimentos de saúde com internação, dos quais 203 são Hospitais de Ensino (2,6%) e 50 (0,6%), HUF vinculados a 35 Universidades Federais. Quarenta (40) desses hospitais estão vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação (MEC), criada pela Lei 12.550/2011 com a finalidade principal de gerenciar os Hospitais Universitários (HU) e apoiar as Universidades Federais quanto à gestão de seus HU (BRASIL, 2011). O orçamento destinado à EBSERH, no ano de 2021, foi de R\$6,6 bilhões, 7,5% do total de R\$88 bilhões destinados à atenção especializada em saúde (BRASIL, 2011, 2021).

Em trabalho publicado no ano de 2021, Campos e Canabrava (2021) destacam a situação de fragilidade em que se encontra a estrutura da assistência hospitalar no

Brasil, agudizada pela pandemia da COVID-19, e apontam para proposições de enfrentamento no campo político, econômico e na organização dos serviços de saúde. Enquanto os setores empresariais da saúde, apoiados por governos austeros, têm fomentado o direcionamento de usuários para o setor da saúde suplementar no Brasil, a política de ajuste fiscal (Emenda Constitucional nº. 95), que congela os recursos na área social por 20 anos, tem contribuído para o aumento da demanda da população pelos serviços de saúde públicos, para a possibilidade de aumento da inadimplência dos planos de saúde complementares e até mesmo redução da carteira dessas operadoras; uma contradição que evidencia ainda mais a danosa e crônica crise do sistema de saúde no país, em especial no âmbito hospitalar.

Segundo Campos e Canabrava (2021), para superar essa crise crônica é preciso uma escala econômica adequada, recursos de custeio garantidos para seu pleno funcionamento, transparência e corresponsabilidade na gestão, aliada a dispositivos institucionais eficazes de coordenação de políticas, nos espaços nacional, estadual e regional do sistema, envolvendo tanto a rede pública quanto a privada.

No âmbito da atenção hospitalar, em especial nos HUB, atender aos cuidados da saúde da população, bem como a formação de profissionais na área da saúde, trata-se de um processo demasiado complexo que envolve a necessidade de: infraestrutura física e tecnológica suficiente e adequada; profissionais capacitados e qualificados para gestão e para todos os serviços de saúde realizados na instituição; disponibilidade de insumos e materiais suficientes e apropriados para os procedimentos realizados; recursos financeiros suficientes, bem como modelo de gestão eficiente para equacionar recursos e gastos necessários para prestar todos os procedimentos e serviços da instituição hospitalar.

Direcionando a atenção quanto às fontes de recursos financeiros para atenção hospitalar, tem-se a modalidade de pagamento por serviços profissionais (*“fee for service”*) majoritariamente utilizada nos hospitais filantrópicos e particulares, e a modalidade de pagamento baseada em orçamento global utilizada nos hospitais públicos. Enquanto nos hospitais filantrópicos e particulares os usuários diretos e/ou os planos de saúde complementares são as principais fontes de recursos, nos hospitais públicos tais fontes são 100% públicas via SUS.

Nesse sentido, para que os direitos e o bem-estar social do coletivo e a sustentabilidade do sistema sejam atendidos, são necessárias informações precisas quanto aos custos envolvidos na assistência hospitalar à saúde da população e na

formação dos profissionais em saúde; dessa forma a alocação e uso eficiente dos recursos financeiros estarão disponíveis (ANDRADE *et al.*, 2010).

Nos HUF, assim como em qualquer hospital, manter o equilíbrio financeiro entre despesas e receitas é fundamental para uma gestão eficiente dos gastos, redefinindo prioridades quanto à utilização dos recursos financeiros, a partir de práticas eficientes para gestão de custos hospitalares.

De forma específica podemos ressaltar: 1. ações para conscientização e capacitação da comunidade interna dessas instituições sobre os gastos envolvidos no sistema de saúde, qual o seu custo, quais as fontes de financiamento, por quem e como esses recursos financeiros são geridos; 2. ações estratégicas com vistas à redução de desperdícios de insumos e materiais, otimização do uso da infraestrutura física e tecnológica existente, bem como do tempo de hora trabalho; 3. criar e/ou fortalecer na instituição a cultura da prática baseada em evidência e as avaliações econômicas em saúde, com vistas à produção de evidências para sugerir a desincorporação de tecnologias menos eficientes e/ou menos viável economicamente, bem como a incorporação de tecnologias mais eficientes e mais viável economicamente; 4. Criação e/ou aprimoramento de Sistemas de Informação de Custos (SIC) eficientes para o sistemático e adequado registro e apuração de micro e macro dados, tão necessários para a apuração dos custos com nível de precisão suficiente; 5. criar e aprimorar estruturas na Instituição que sejam responsáveis pela gestão de custos na instituição e; 6. padronizar metodologia para apuração de custo dos serviços prestados na instituição.

Apesar de a literatura ser farta quanto aos métodos de custeio, observa-se ainda escassez de estudos que avaliem a apuração de custos e alocação de recursos em unidades de internação como a Clínica Médica (CM), restringindo-se à apuração dos custos diretos em contextos isolados (RUIZ; PINHEIRO; LIMA, 2022).

As unidades de internação, como a CM, são caracterizadas por terem clientes de diferentes níveis de complexidade assistencial e diversas especialidades que os assistem, o que torna o reconhecimento dos custos fundamental para um melhor gerenciamento dos resultados e tomada de decisões (ALENCAR; BARBOSA; LACERDA, 2017). Aqui, a CM é considerada um centro de custo final e as especialidades que a apoiam são os centros de custos intermediários (BRASIL, 2013a).

Uma das especialidades que a CM assiste é a cardiovascular. Em nosso Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), referência para 27 municípios do Triângulo Sul da Região do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, caso deste estudo, geralmente os pacientes coronariopatas são encaminhados via regulação pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) *online*, criado para gerenciamento de todo complexo regulatório, abrangendo desde a rede de atenção primária até a atenção especializada hospitalar. Este sistema visa regular o acesso aos serviços de saúde do SUS e potencializar a eficiência no uso dos recursos assistenciais (BRASIL, 2008; SISREG, 2022).

O fluxo do paciente com doença cardiovascular (DCV) para a Unidade de Clínica Médica (UCM) foi descrito através do levantamento juntamente com as chefias imediatas e funcionários de unidades vinculadas à unidade de Divisão de Gestão do Cuidado (DGC), assim como a Gerência de Atenção à Saúde (GAS), conforme rege o organograma do HC-UFTM, disponível no site da instituição (EBSERH, 2020a).

A porta de entrada do usuário ao serviço especializado é pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e demais Centros de Saúde de sua área de abrangência e ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), responsáveis pela triagem deste acesso aos serviços especializados, tendo o SISREG como ferramenta para o gerenciamento de suas cotas, organização das suas listas de espera, bem como do agendamento das consultas e exames especializados da garantia de acesso.

As normativas da Regulação Assistencial, assim como do Serviço de Urgência e Emergência, serão honradas na sua totalidade conforme pactuação entre as entidades HC-UFTM e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba. Os procedimentos eletivos e admissão dos pacientes deverão seguir e respeitar o regulamento referente à urgência e emergência que constam na portaria nº 1853 de 02 de agosto de 2020 (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2020).

A maior demanda de pacientes regulados para o HC-UFTM é proveniente das UPA. Tal paciente já está inserido no SISREG pela regulação.

Ao dar entrada no hospital via ambulatório, o paciente é recebido na unidade de urgência, sendo realizada a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), válida pelo período máximo de 24 horas. Dentro deste período, não sendo configurada internação, o prontuário deve ser entregue ao setor de faturamento e o escriturário fará o devido arquivamento. Tendo o paciente permanecido por um período de 72h, ele deve estar



inserido no SISREG para que seja possível a liberação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A AIH é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar. É através dela que o Hospital receberá pelos serviços prestados ao paciente, desde que dentro das Normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) (SISTEMA DE AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS, 2022).

O método de custeio geralmente utilizado, o custeio de absorção, também chamado de custeio integral, é utilizado pelas empresas de forma a considerar todos os custos de produção, sejam eles diretos ou indiretos, fixos ou variáveis (DICIONÁRIO FINANCEIRO, 2022). Este método não nos permite uma apuração dos custos do paciente, ou do custo da doença, somente do custo total ou médio da unidade, a qual assiste todas as especialidades.

Considerando o complexo modelo de financiamento hospitalar do SUS, a subvalorização dos custos dos serviços tão criticada pelos prestadores de serviços, mesmo com os incentivos das Redes Temáticas Prioritárias, os subsídios fiscais e acréscimos incorporados em contratos globais (CAMPOS; CANABRAVA, 2021), esse estudo justifica-se por poder contribuir para discussão e reflexão sobre o método de custeio viável para apuração de custos no HC da UFTM, bem como, para a realocação de recursos e redução de desperdícios, contribuindo para o equilíbrio financeiro da instituição. Destaca-se aqui, no caso específico do HC-UFTM, o entendimento e compressão do fluxo dos pacientes coronariopatas dentro da instituição, a cadeia produtiva da UCM e estimativas aproximadas dos custos gerados na prestação de cuidados durante a internação na CM, a partir dos dados que se encontram de alguma forma organizados e disponíveis nas diversas unidades e setores.

Dessa forma, considerou-se como pergunta norteadora desse estudo “Qual a estrutura produtiva e os processos relacionados à gestão de custos dos serviços prestados ao paciente com DCV com destino à UCM em um hospital público de ensino superior?”

## 2 OBJETIVOS

A seguir, são apresentados os objetivos geral e específicos da pesquisa.

### 2.1 GERAL

Identificar e descrever a estrutura produtiva, bem como os processos relacionados à gestão de custos da UCM de um hospital público de ensino superior, por meio de um diagnóstico situacional.

### 2.2 ESPECÍFICOS

Com base no objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Mapear o fluxo dos pacientes com DCV com destino à UCM.
- b) Caracterizar a estrutura produtiva da UCM, no ano de 2019, segundo:
  - Estrutura e organização;
  - Sistema de informação;
  - Espaço físico;
  - Recursos materiais;
  - Recursos humanos;
  - Indicadores de internação hospitalar.
- c) Descrever os processos de produção de serviços na UCM;
- d) Mensurar e caracterizar os custos dos serviços prestados na UCM, no ano de 2019;
- e) Explicar a estratégia utilizada para a apuração dos custos dos serviços, bem como se dá o faturamento na UCM;
- f) Desenvolver material educativo sobre gasto e custo em saúde, formas de financiamento e métodos de apuração de custos hospitalares com vistas a contribuir na eficiência da gestão e na sensibilização da comunidade interna da instituição quanto ao tema.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, será apresentado o referencial teórico que forneceu sustentação para a condução do estudo.

#### 3.1. SISTEMA DE SAÚDE E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Um sistema de saúde corresponde a modalidade de intervenção governamental no financiamento, na condução da regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, gerando condições distintas de acesso e no direito à saúde (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Os sistemas de saúde hoje existentes no mundo guardam uma relação estreita com os tipos de proteção social. Países como Brasil, Reino Unido e Espanha têm sistemas nacionais de saúde, de caráter universal e financiado por impostos, com base na proteção social do tipo social democrata ou institucional redistributivo, fundada na cidadania e inspirada na busca da aplicação de justiça social. Na Alemanha, o sistema de saúde é de tipo seguro, financiado fundamentalmente com contribuições de empregados e empregadores, embora possam contar também, em alguns casos, com recursos de impostos, com base na proteção social corporativista ou meritocrática. Por último, tem-se nos Estados Unidos um sistema de saúde pautado na proteção social residual, em que o Estado somente se responsabiliza por proteger os mais pobres, deixando que cada um compre serviços de saúde no mercado (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e o poder público tem a obrigação de garanti-lo, estabelecendo as bases para a criação do SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, bem como a Lei Complementar nº 141/123-5 (BRASIL, 1990a, 1990b).

No que se refere ao financiamento, a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, enquanto a Lei Complementar nº 141/12 regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, fixando a participação da União, Estados e Municípios no orçamento do setor (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Apesar de ter por mandato constitucional um sistema público de saúde de acesso universal, o Brasil apresenta o gasto privado em saúde superior ao gasto

público. Países com sistemas de saúde similares, ou seja, universais e públicos, o gasto público com a saúde é em média 8% do PIB, enquanto no Brasil, em 2014, foram gastos com o SUS apenas 3,9%, considerando a participação da União, Estados e Municípios. O financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados para o sistema público, destinando, portanto, menor volume para atendimento às necessidades de saúde da população do que aquele previsto quando o sistema foi criado (REIS, 2021).

### 3.1.1 Fonte de recursos financeiros

No Brasil, a Receita Federal arrecada impostos e contribuições e repassa a parte da Saúde ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), que são transferidos aos estados e municípios. O Orçamento deve ser aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República, e o MS o executa por meio do FNS, das seguintes formas (FIGUEIREDO *et al.*, 2018):

- a) Transferência fundo a fundo – para os estados e municípios;
- b) Mediante a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos similares para estados, municípios e estabelecimentos de saúde;
- c) Remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de saúde.

As transferências automáticas do FNS para os fundos estaduais e municipais devem obedecer aos critérios fixados no artigo 17, da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012). Os recursos provenientes de convênio podem financiar ações de custeio ou capital (investimentos). Por esse mecanismo, mais conhecido como transferências voluntárias de recursos financeiros, os estados e municípios podem firmar acordos entre si e com a União, e, assim, obter recursos extras para a Saúde, complementares aos gastos mínimos obrigatórios. Os convênios podem ser celebrados também com instituições privadas (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Com vistas a garantir as condições preconizadas pelo SUS, tais como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população, o Art. 198º. da Constituição Federal apresenta diretrizes que devem obedecer a 13 princípios, expressos no art. 7º da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a; SANTOS; MELO, 2018). Destacam-se aqui aqueles princípios que englobam o problema deste estudo:

a) Utilização da Epidemiologia: as informações epidemiológicas devem ser usadas a fim de que se estabeleçam prioridades, se aloquem recursos e se realize orientação programática;

b) Conjugação de Recursos: os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios estão conjugados na prestação dos serviços de assistência à saúde.

O governo, através da Lei Orçamentária Anual (LOA), avalia o faturamento, definindo o planejamento dos gastos para o ano subsequente conforme a arrecadação prevista. O orçamento da Seguridade Social engloba a saúde, a previdência e a assistência social, através dele concluindo o financiamento do SUS. As fontes de recursos para a saúde são a Contribuição sobre o Lucro Líquido e a Contribuição para o financiamento da Seguridade Social, pagas pela União. Como os gastos em saúde são crescentes, os gestores vivenciam um grande desafio para otimizar os custos (CARMO *et al.*, 2016).

Em 2016 foi determinado através da Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015 que a União deve aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde o referente ao valor da Receita Corrente Líquida do atual exercício financeiro, não sendo inferior a 15%. Estados e Distrito Federal devem aplicar no mínimo 12% anualmente, referente ao recolhimento dos impostos, incluindo os valores passados aos municípios (OLIVEIRA, 2016).

São inúmeros meios legais para garantir ao cidadão acesso aos seus direitos básicos referentes à atenção à saúde nos três níveis, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Garantir a qualidade e eficácia destes direitos legais é um grande desafio para os gestores que devem definir metas e estratégias, otimizando custos para assim atingir a máxima eficiência.

No início de novembro de 2018, foi informado através dos dados do Banco Mundial que o Brasil despende por volta de 3,8% do PIB em saúde pública, ficando em 64º no *ranking* com 183 países, exposto pelo relatório Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil e divulgado pela Secretaria do Tesouro Nacional. Em comparação, a América Latina e Caribe gastam em média 3,6% do PIB e da OCDE; os países destinam em média 6,5% do PIB em saúde (ANDRADE *et al.*, 2010).

### 3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A concepção de atenção primária à saúde pela declaração de Alma-Ata de 1978 (BRASIL, 2001) abrange três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social e a participação social. No Brasil, como estabelecido pela Constituição Federal de 1988 que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, tem-se um sistema público universal de saúde, o SUS, legitimado pela Lei 8.080/90, que vem há mais de 30 anos buscando cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Com vistas a garantir esses princípios do SUS, os serviços de saúde no Brasil são organizados em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), envolvendo três esferas da administração pública, a federal, a estadual e a municipal. A RAS se estrutura a partir de três níveis: a atenção primária ou atenção básica; a secundária e a terciária que, segundo Cotta *et al.* (2011), vai desde o nível de menor densidade tecnológica (primária), passando pela densidade tecnológica intermediária (secundária) até os procedimentos de maior densidade tecnológica e, conseqüentemente, maiores custos (terciária), sendo essa última o foco do nosso estudo.

A principal porta de entrada da população para assistência na atenção básica ou primária, cujo objetivo essencial é a prevenção de doenças, tratamento de agravos simples e o direcionamento de casos graves para outros níveis de complexidade, é a ESF, que desempenha um papel fundamental no acesso de toda população do território às políticas de saúde do SUS. A partir das ESF, outros encaminhamentos, quando necessários, são direcionados para os serviços da atenção à saúde especializada de média e alta complexidade (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020; SALDIVA; VERAS, 2018).

A atenção secundária é constituída pelos serviços de especialidades ambulatorial e hospitalar, sendo um atendimento intermediário entre a atenção primária e a terciária, abrangendo serviços médicos especializados, de base diagnóstica e terapêutica de urgência e emergência. A atenção secundária é tradicionalmente chamada de procedimentos de média complexidade (ERDMANN *et al.*, 2013).

O nível terciário de atenção à saúde compreende os procedimentos de alta complexidade realizados em hospitais com alta resolutividade, com estrutura tecnológica moderna e avançada, com consequente elevação nos custos de procedimentos, tais como, os oncológicos, as cirurgias neurológicas e cardíacas, transplantes e partos de alto risco. Enfim, agravos complexos que não encontram atendimento na atenção primária e secundária (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

### 3.3 REDE HOSPITALAR E GESTÃO DE CUSTO

Em estudo amostral realizado em 2020, foram analisadas 44 HUF, contabilizando um total de 11.034 leitos gerais e 901 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A Região Nordeste concentra o maior número de hospitais (38,6%); porém, a Região Sudeste possui a maior quantidade de leitos gerais (33,81%) e leitos de UTI (40,18%). A quantidade de leitos gerais variou de 18 a 981 e de leitos de UTI, estes em 36 hospitais, de 1 a 101. A maioria das instituições está classificada como hospital geral (77,3%) e presta atendimento exclusivo ao SUS (88,6%) (SANTOS *et al.*, 2020).

Em estudo realizado com 85 hospitais, geral, privado e/ou filantrópicos, verifica-se mais de 70% dos hospitais com administração profissionalizada, apresentando a direção por diretoria executiva ou dividida entre sócios (que por vezes são médicos) e diretores profissionalizados; no entanto, ainda cerca de 15% têm o hospital dirigido pelos próprios médicos (SILVA; ABBAS; CRUBELLATE, 2021).

Apesar dos avanços no campo da gestão hospitalar, diversas pesquisas apontam a não profissionalização da administração hospitalar, com predomínio de profissionais médicos e carência de profissionais da área da administração junto à gestão hospitalar (ABBAS, 2001; BORGERT; ALVES; SCHULTZ, 2010; SANTOS; MARTINS; LEAL, 2013).

Em especial, a gestão dos HU públicos no Brasil encara desafios de elevada complexidade, que requerem iniciativas pontuais em termos de modernização na gestão estratégica e operacional em saúde. Embora inúmeras ações tenham sido desenvolvidas a partir de meados dos anos 2000, como a formação de comissão interinstitucional em 2003, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003, composta por representantes do governo (ministérios) e da sociedade

civil organizada (associações) com o propósito de debater amplamente os problemas que os HU enfrentavam, a definição desses hospitais como unidades orçamentárias em 2008 (Portaria MPOG nº04/2008) e a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), pelo Decreto nº 7.082, em 2010, os HU ainda enfrentam problemas de ordem estrutural, financeira e de gestão que demandam iniciativas melhor delineadas e articuladas (ABBADE, 2022).

Sob o argumento da ineficiência da gestão pública e os altos custos dos HUF, foi criada a EBSEH, por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Trata-se de uma empresa pública vinculada ao MEC, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (ABBADE, 2022; BRASIL, 2011).

Todavia, não há uma pesquisa dedicada a avaliar as possíveis melhorias de saúde evidenciadas a partir da consolidação da gestão da EBSEH nos HU. Os estudos apresentam significativas melhoras; porém, de forma geral dentre os indicadores de produtividade hospitalar (DALCIN; LUNARDI; BARCELOS, 2021).

A EBSEH apresenta um papel fundamental para a sociedade, por se tratar da maior rede de hospitais públicos do Brasil. Da Rede de HUF formada por 51 hospitais vinculados a 36 Universidades Federais, 41 hospitais estão vinculados à Rede EBSEH, sendo referência de média e alta complexidade para o SUS. Dependente 100% de recursos da União, é uma estatal pela qual exerce sua função total prestando serviços de excelência a assistência à saúde no contexto do SUS, respeitando a autonomia universitária. Verificaram-se progressos, tanto na formação como na geração de conhecimento dos profissionais na área da saúde. A empresa disponibiliza mais de 7,5 mil vagas de residências médica e multiprofissional em 959 programas. São 32 Universidades Federais atuando como campo de prática para mais de 60 mil graduandos. Houve um crescimento significativo da oferta de residência e de pesquisas nos HUF (EBSEH, 2018).

De forma geral, em todos os níveis de atenção à saúde, diante da restrição orçamentária, um grande desafio é discutir sobre os aspectos relacionados à gestão eficiente dos gastos públicos, com vistas a obter melhores resultados (REIS, 2021).



Na atenção terciária, nas instituições hospitalares, em especial nos HUF, metodologia eficiente na gestão dos custos é necessária, considerando a crescente elevação na quantidade de serviços demandados e prestados, bem como da complexidade dos procedimentos frente aos recursos recebidos. Por isso, são necessários esforços com vistas a aumentar a eficiência nos gastos, aumentar a produtividade, diminuir os desperdícios, otimizar a alocação de recursos e utilização de insumos, bem como potencializar os custos de mão de obra. Todas estas explicitações são fundamentais na tomada de decisão, articulação, planejamento e implantação de estratégias por parte dos gestores (SOUZA, 2013).

O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) abrange ações voltadas para a promoção da gestão de custos no SUS, por meio de práticas de produção, disseminação e melhoria de informações relacionadas a custos, que podem ser utilizadas como subsídio para o aprimoramento do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde do SUS (BRASIL, 2013b).

Os métodos utilizados pelas diferentes esferas de governo auxiliam no aperfeiçoamento dos gestores do SUS para o melhor cuidar em saúde, demonstrando maior exatidão, eficiência e melhor relação custo-benefício para a população que usufrui do serviço prestado.

Martins e Rocha (2015, p. 9) definem custo como “a representação financeira do consumo, uso ou conversão de um bem ou serviço na produção de outro bem ou serviço”. Os mesmos autores afirmam que “despesas são representações financeiras de bens ou serviços consumidos ou utilizados ao longo do processo de gestão de uma organização e na transferência de produtos, bens e serviços aos clientes no processo de geração de receita” (MARTINS; ROCHA, 2015, p. 17).

Os custos diretos são os que estão diretamente relacionados às unidades de alocação de custos (na fabricação do produto ou prestação serviços), podendo ser mensurados. São custos diretos os relativos à matéria-prima e à mão de obra direta. Em contrapartida, os custos indiretos não podem ser facilmente atribuídos às unidades, carecendo de alocações para tanto (BORNIA, 2010).

Com o intuito de obter informações sobre as instituições federais de ensino superior quanto a não utilização dos sistemas de apuração de custos, Santos, Costa e Voese (2016) fizeram um estudo sobre gestão das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) no ano de 2015, utilizando relatórios de 80 instituições, disponíveis no sítio eletrônico do Tribunal de Contas da União e das próprias instituições. Uma

das importantes informações encontradas foi o baixo uso de sistema de apuração de custos e desconformidade de informações quanto às justificativas do não uso. Somente quatro IFES utilizavam de algum tipo de sistema de custo. Em torno de 90% das unidades não dispunham e não utilizavam nenhum tipo de sistema de apuração de custos, das quais 22% meramente detalharam a inexistência de um sistema de apuração.

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH), criado pelo MS por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990, é responsável pelo processamento dos dados dos pacientes internados. Este sistema de informação em saúde é fundamental para instrumentalizar e apoiar a gestão do SUS, visto que processa, analisa e transmite informações em todas as esferas, viabilizando ações de controle e planejamento em saúde (BRASIL, 2017).

O SIH tem por objetivo reproduzir todos os atendimentos ocorridos durante a internação hospitalar e que foram financiados pelo SUS. Desta forma, após serem processados, disponibilizam relatórios possibilitando a transferência (pagamento) do recurso para os estabelecimentos de saúde. Para este processo, faz-se necessária a utilização da AIH, que, assim que preenchida, é encaminhada ao autorizador, profissional responsável pela análise dos laudos para emissão de AIH, permitindo ou não a internação ou o procedimento em questão (BRASIL, 2017).

É um desafio controlar os gastos com cuidados de saúde (NERIZ; NÚÑEZ; RAMIS, 2014); os hospitais enfrentam dificuldades para controlar e conter os seus custos, devido às mudanças ocorridas com a introdução de técnicas modernas de medicina e, conseqüentemente, do aumento dos custos (BLANSKI, 2015; NERIZ; NÚÑEZ; RAMIS, 2014), além da constante pressão por qualidade (DALLORA; FORSTER, 2008; NEDER, 2015), demandando uma gestão mais capacitada para gerir os recursos escassos desse setor (CUNHA, 2011).

### **3.3.1 Tipos de custos**

As particularidades da atividade hospitalar, aliada à complexidade dos serviços prestados, bem como sua diversidade, tornam o processo de apuração dos custos nestas instituições uma tarefa que exige um excelente sistema de custeio, apoiado por um sistema de informação bem gerenciado (MATOS, 2002). No que diz respeito à gestão hospitalar, o sistema de gerenciamento por centro de custos é o mais viável,

isto porque ele disponibiliza informações sobre o quanto foi gasto e indica a quais centros de custos se vinculam os gastos do hospital (MATOS, 2002).

Para a apuração dos custos é necessário calcular todos os recursos que foram utilizados pela instituição, referentes aos serviços que foram realizados, sendo eles de grande complexidade, tanto nas áreas administrativas como não produtivas. Tamanha complexidade faz com que a apuração não seja tão simples ou fácil.

Beulke e Bertó (2000) definem custos diretos como custos possíveis de identificar diretamente sua unidade de serviço ou procedimento, bem como calcular com precisão o custo do procedimento, item da tabela etc. Como exemplo: consumo de medicamentos, órtese, prótese por conta, consumo de materiais médico-hospitalares por paciente, formação de custos financeiros relativos à concessão de prazos e convênios, etc.

Os custos fixos são aqueles que não se alteram ao longo da produção médica e a responsabilidade de sua inoocorrência cabe à alta administração; por outro lado, os custos variáveis são aqueles que variam na mesma proporção do volume de produção médica (pacientes atendidos e com alta no período) (MARTINS, 2000). Geralmente, os custos hospitalares diretos são também classificados como variáveis e os custos indiretos, como fixos. Visto isso, tem-se que o custo total de um hospital é a soma dos custos indiretos e custos diretos (MARTINS, 2000).

Para Bonacim e Araújo (2010), a apuração de custos em hospitais é uma atividade abrangente, levando em conta a diversidade dos serviços prestados, o que exige inicialmente uma delimitação dos sistemas de custos e um sistema de informações eficiente.

Conforme Camargos e Gonçalves (2004), no sistema de custeio por absorção todos os custos de produção (diretos ou indiretos) são alocados aos produtos. Inicialmente, classificam-se os custos em indiretos e diretos, sendo que ambos são “absorvidos” pelos produtos/serviços durante o processo de produção. Desta forma, faz a apropriação somente dos custos, sendo que as despesas (diretas ou indiretas) não são atribuídas aos produtos e serviços, e sim lançadas em sua totalidade na demonstração do resultado do exercício.

Martins (2003) afirma que o custeio por absorção é o sistema utilizado obrigatoriamente pela legislação brasileira, porém, com algumas exceções. Esta obrigatoriedade força as organizações a adotarem, caso desejarem, outro sistema de custeio de maneira paralela. Além dos obstáculos iniciais incorridos em qualquer

mudança ou implantação de metodologia de trabalho, essa situação torna-se um empecilho, considerada a necessidade de aumento dos recursos disponíveis para a manutenção de dois sistemas de custeio.

### **3.3.2 Métodos de apuração de custos**

São inúmeros os desafios enfrentados pelo sistema público de saúde. Demanda infinita e por sua vez recursos finitos, uma realidade para ser trabalhada mediante as políticas de saúde. “O esparso conhecimento sobre eficiência e custos do serviço hospitalar é uma das razões para a existência de políticas fragmentadas, de curto prazo e sem continuidade” (LA FORGIA; COUTTOLENE, 2009, p. 55).

Mediante as transformações que ocorrem constantemente na saúde do país, os responsáveis pelas articulações para preparo e melhorias se unem para o melhor bem comum. Todo o processo é realizado com envolvimento de todas as partes interessadas no fortalecimento e sustentabilidade do sistema de saúde. Fiorentino *et al.* (2016) afirma que “discussões recentes entre prestadores, pagadores e a própria Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre a evolução da saúde suplementar no Brasil antecipam as mudanças que serão necessárias para garantir a sustentabilidade do sistema.”

Segundo Marques e Romano-Lieber (2014), os hospitais têm uma proporção maior de custos fixos, o que faz aumentar o risco operacional, visto que uma pequena variação nas prestações de serviços pode gerar oscilações bruscas em lucros ou prejuízos, podendo resultar numa alavancagem financeira negativa (AMORIM, 2016). É importante ressaltar que as “decisões de investimento são de extrema relevância para as empresas, pois elas determinam a possível continuidade das organizações” (ALBUQUERQUE; MATIAS, 2013, p. 90).

Segundo Zanchin, Berlatto e Chiappin (2014), “os métodos de custeio representam o processo de identificar o custo unitário de um produto ou serviço ou de todos os produtos e serviços de uma empresa, partindo do total dos custos diretos e indiretos”. Neste contexto, destaca-se a importância da clareza dos custos dos insumos e a qualidade desses, visto que pode gerar melhoria no processo de trabalho, otimização e sustentabilidade.

Conforme Martins e Rocha (2015, p. 21), “um método de custeio é diferente de outro no que se refere ao que é considerado custo de produto em contraposição ao

que é tratado como encargo de período”. Assim, faz-se necessária uma revisão dos conceitos dos principais métodos para a apuração dos custos utilizados pelas instituições hospitalares atualmente.

### *3.3.2.1 Custeio por Absorção*

É necessário citar algumas definições básicas da área da contabilidade de custo, para se ter um maior entendimento dos métodos de custeio. É fundamental explicar algumas orientações e conclusões da contabilidade de custo, com o intuito de maior conhecimento dos métodos utilizados para custeio.

Titulado como custeio por absorção "por que do seu ponto de vista o custo dos bens e serviços produzidos deve absorver custos fixos, e mesmo – no limite – custos fixos em geral, além dos custos variáveis administrativos” (MARTINS; ROCHA, 2015, p. 85).

O método de custeio por absorção recebe essa denominação “porque, sob a sua ótica, o custo dos bens e serviços produzidos deve absorver, além dos custos variáveis, também os fixos, e até – no limite – os gastos fixos de administração geral”. (MARTINS; ROCHA, 2015, p. 85).

Em um centro de custo de produção, a utilização dos recursos atinge exatamente os insumos e equipamentos para geração de bens ou serviços. Um centro de custo de apoio ou de suporte desempenha a prestação de serviços a outros centros de custos, de produção ou de apoio (MARTINS; ROCHA, 2015).

Os centros de custos de produção são aqueles onde os recursos utilizados em determinada atividade incidirão diretamente sobre os insumos e equipamentos para que ocorra a produção de bens ou serviços. Os centros de custos de apoio, ou de suporte, são aqueles onde as atividades executadas destinam-se para prestação de serviços a outros centros de custos, sejam de produção ou de apoio (MARTINS; ROCHA, 2015).

### *3.3.2.2 Custeio Variável*

Segundo Faria, Campos e Santos (2017) a empresa que não está produzindo apresenta prejuízo, pois os custos fixos são contínuos, não sendo viável o custeio

variável, na opinião dos autores. A preocupação é referente à margem de contribuição para a absorção dos custos fixos.

Sob essa ótica, Faria, Campos e Santos (2017) apontam que no custeio variável os custos fixos são considerados como prejuízo, já que a empresa, ao estar parada, sem produção e geração de receitas, continuará tendo os custos fixos, levando a um resultado negativo no período. Assim, para gerar lucros a principal preocupação será em relação à maximização da margem de contribuição para maximizar a capacidade de absorção dos custos fixos.

O objetivo do custeamento volúvel é considerar as necessidades gerenciais das instituições; porém, fere alguns rudimentos contábeis da taxa de renda (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012). Seguindo os dizeres do Conselho Federal de Contabilidade, no que se refere à Competência e Confrontação, toda a receita e despesa deve estar consolidada na apuração do período corrente (CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE, 2010).

O objetivo do custeio variável é atender às necessidades gerenciais das instituições; porém, fere alguns princípios contábeis do imposto de renda (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012). Segundo os princípios da Competência e Confrontação estabelecidos pelo Conselho Federal de Contabilidade, as receitas e despesas devem ser incluídas na apuração do resultado do período em que ocorrem (CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE, 2010).

### 3.3.2.3 *Custeio baseado em Atividades ou Activity Based Costing (ABC)*

O custeio *Activity Based Costing* (ABC) analisa as atividades desempenhadas com a finalidade de identificar os custos de cada processo, visando minimizar alterações sucedidas no rateio dos custos indiretos.

O método de custeio ABC, custeio baseado em atividades, propõe uma análise das várias atividades executadas dentro de uma instituição para identificar os custos envolvidos em cada processo com objetivo de diminuir as distorções ocorridas pelo rateio dos custos indiretos. Seu principal objetivo é utilizar o argumento ideal preservando princípios microeconômicos para demonstrar que na prática empresarial os custos indiretos aos produtos provinham destinado erroneamente por muitas empresas (MARTINS; ROCHA, 2015, p. 139).

[...] mensurar o custo dos produtos e de outras entidades objeto de custeio de acordo com conceitos econômicos mais corretos, resgatando fundamentos microeconômicos, sob o argumento – correto – de que, na prática empresarial, a alocação de custos indiretos aos produtos vinha sendo feita de forma incorreta por muitas empresas (MARTINS; ROCHA, 2015, p. 139).

Esse método nos dá a percepção para reger os recursos de forma a identificar os procedimentos de maior valor e não os demonstram (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012). Uma das vantagens do método está no fato de ser uma ferramenta gerencial que permite identificar os custos das atividades e de como os recursos são consumidos por cada uma, além de poder auxiliar na identificação de quais atividades são caras e não adicionam valor (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012).

O método ABC tem como objetivo “precisar a evolução das funções desempenhadas aproveitando para destinar os custos das atribuições seguindo para seus produtos” (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012, p. 26). Devido à complexidade e onerosidade para a inserção e o prosseguimento muitas instituições preferem não adotar este método, segundo vários autores.

O ABC é um método contemporâneo cujo objetivo é “avaliar com precisão as atividades desenvolvidas em uma organização, utilizando direcionadores para alocar os custos indiretos para as atividades e destas para os produtos” (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012, p. 26). No entanto, os autores apontam que muitas organizações não o adotam por causa de dificuldades e onerosidade relacionadas à sua implantação e manutenção.

### 3.4 CLÍNICA MÉDICA

Na sua abrangência a CM cuida e trata de diversos pacientes com vários diagnósticos de diferentes doenças, não sendo cirúrgicas, obstétricas e ginecológicas. Esta especialidade tem conhecimento prévio de algumas especialidades como, cardiologia, dermatologia, pneumologia, nefrologia, dentre outras. A CM é uma especialidade que tem um conhecimento muito amplo, podendo atuar nos cuidados de urgência encaminhados para um médico mais específico ou solicitar e realizar exames para o tratamento do paciente (CIA DA CONSULTA, 2018).

A UCM é sem dúvida de grande importância para a gestão de custos hospitalares, devido à vasta complexidade de atendimento, seja na sua total

especialidade como na complexidade de servidores envolvidos no cuidado. Mediante a importância da extensão do cuidar nesta unidade, destaca-se a relevância da presença dos residentes de enfermagem na UCM, pois, mesmo estando em treinamento em serviço, desenvolvem atividades teórico-complementares, aprimorando a assistência de enfermagem, auxiliando na gestão da unidade e promovendo a educação permanente e demais demandas enquanto membros da equipe. A interação enfermeiros e residentes favorece a complexidade de educação no serviço visando a uma capacitação contínua e uma troca rica de experiência teórico-prática (ALENCAR; BARBOSA; LACERDA, 2017).

### 3.5 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As DCV são caracterizadas como a principal causa de morte no mundo englobando as cardiopatias reumáticas, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, cardiopatias hipertensivas, cardiomiopatias, miocardites, fibrilações e *flutters* atriais, aneurismas aórticos, doenças vasculares periféricas e endocardites (OLIVEIRA, G. *et al.*, 2020).

O tratamento das DCV consiste no tratamento medicamentoso e cirúrgico, além de medidas de prevenção caracterizadas por um estilo de vida saudável (OLIVEIRA, G. *et al.*, 2020).

O número de mortes causadas por doenças crônicas apresenta um aumento expressivo que se relaciona ao crescimento do envelhecimento populacional. Em 2016 foi informado pela OMS que as cardiopatias isquêmicas, o acidente vascular cerebral e a doença pulmonar obstrutiva crônica estavam entre as três principais causas de morte em nível global, sendo que as mortes acometidas neste ano de 2016 somaram 56,9 milhões, 17,9 milhões causadas por DCV. As cardiopatias isquêmicas somaram a maior causa de morte mundial, chegando a 9,4 milhões de vítimas fatais (SANTIAGO *et al.*, 2019).

Morais, Pontes e Martins (2011) constataram com sua pesquisa que mais de 10% da receita mensal de um hospital público são gastos para custear DCV, provando a grande implicação ao serviço de saúde.

As DCV vêm apresentando uma crescente notória no Brasil; com esta realidade é possível observar a elevação dos custos para tratar estas doenças e indiretamente o aumento de pessoas acometidas com elas. Houve um aumento nos custos dos



medicamentos de 88%, de 66% nos custos da previdência social e de 33% nos custos com morbidade no período de 2010 a 2015 (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2017 no Brasil 55.761 pessoas entre 30 e 79 anos morreram vítimas de infarto agudo do miocárdio; porém, dados prévios de 2018 mostram 56.014 mortes. Em relação aos custos utilizados nos serviços hospitalares em 2018, os dados mostram que as angioplastias coronarianas realizadas em pessoas na mesma faixa de idade têm um custo estimado para o SUS de R\$ 496 milhões, enquanto as angioplastias com implante de um *stent* referem-se a 46% deste valor (ABE *et al.*, 2020).

Quando se trata de DCV já se imagina o grande efeito no sistema de saúde. A maioria dos procedimentos realizados nestes casos são de média e alta complexidade; portanto, os custos para os hospitais são altos tendo que ser apurados de forma correta para que os recursos cheguem adequadamente. A fiscalização é fundamental para que os recursos, mesmo sendo insuficientes, sejam corretamente encaminhados às instituições de saúde. Estas precisam se atentar a estratégias garantindo o controle dos custos, mantendo a produtividade e qualidade do serviço prestado. Deve ser prioridade da gestão pública a apuração dos custos em tempo real para garantir a eficiência dos gastos utilizados com as DCV em instituições de ensino e serviço que atendam alta complexidade (CALDAS; COSTA; PAGLIARUSSI, 2016).

As complicações das DCV no Brasil tiveram grande responsabilidade referente aos gastos diretos com hospitalização e pelos custos indiretos devido a diminuição da produtividade, por consequência da ausência do trabalho, gerando para a economia brasileira um gasto de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (DATASUS, 2019).

Uma das principais fontes geradoras de gastos devido a internações no SUS são as DCV. A tendência é que países em desenvolvimento como o Brasil vivenciem um aumento na mortalidade e morbidade ligadas a essas doenças, impactando nos custos referentes à assistência médica, tornando-se um grande problema de saúde pública. A OMS estima que as DCV sejam responsáveis por 17,3 milhões de mortes/ano no mundo e projeta para o ano de 2030 taxas acima de 23,6 milhões de óbitos/ano (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

O sistema de saúde vem sofrendo significativa consequência por meio das DCV, pois os procedimentos são de média e alta complexidade, com custos elevados para os hospitais. Em meio a tantas dificuldades financeiras, faz-se necessária a

fiscalização com responsabilidade para que os recursos sejam corretamente repassados às instituições; a elas fica o papel de garantir o controle de custos.

## 4 MÉTODOS

A presente pesquisa é parte integrante do projeto “Estudo da viabilidade de implantação de um centro de custos em um hospital universitário federal”, realizado no HC-UFTM com enfoque no fluxo interno do paciente coronariopata. Está em consonância com o pilar de sustentabilidade do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2021-2023 do HC-UFTM (EBSERH, 2020b).

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Considerou-se três categorias para definição do delineamento do estudo: objetivos, procedimentos e abordagem do problema identificado (BONACIM; ARAUJO, 2010).

Referente aos objetivos, é classificada como descritiva, pois traz o levantamento e descrição das principais características do setor de CM, fornecendo bases para a compreensão e análise de custos da unidade. Quanto aos procedimentos, foi definida como um estudo de caso, uma modalidade que, segundo Gil (2017), permite a delimitação entre o fenômeno e o seu contexto, questão que favorece a análise de problemas. Por fim, em relação à abordagem do problema, foram utilizadas técnicas mistas para obtenção e compreensão das informações, utilizando-se, principalmente, da ferramenta de diagnóstico situacional.

Portanto, trata-se estudo descritivo de caso com abordagem mista com vistas a realizar um diagnóstico situacional do HC-UFTM quanto ao fluxo interno do paciente com DCV até a CM, a estrutura produtiva e os processos de produção de serviços da CM, bem como o perfil de custos e o método de custeio utilizado na CM.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no HC-UFTM, localizado no município de Uberaba, Minas Gerais (Figura 1). O HC-UFTM é considerado referência para atendimentos de alta complexidade, que são oferecidos integralmente pelo SUS, além de responder 73% da média e alta complexidade recebida da macrorregião (EBSERH, 2020c).

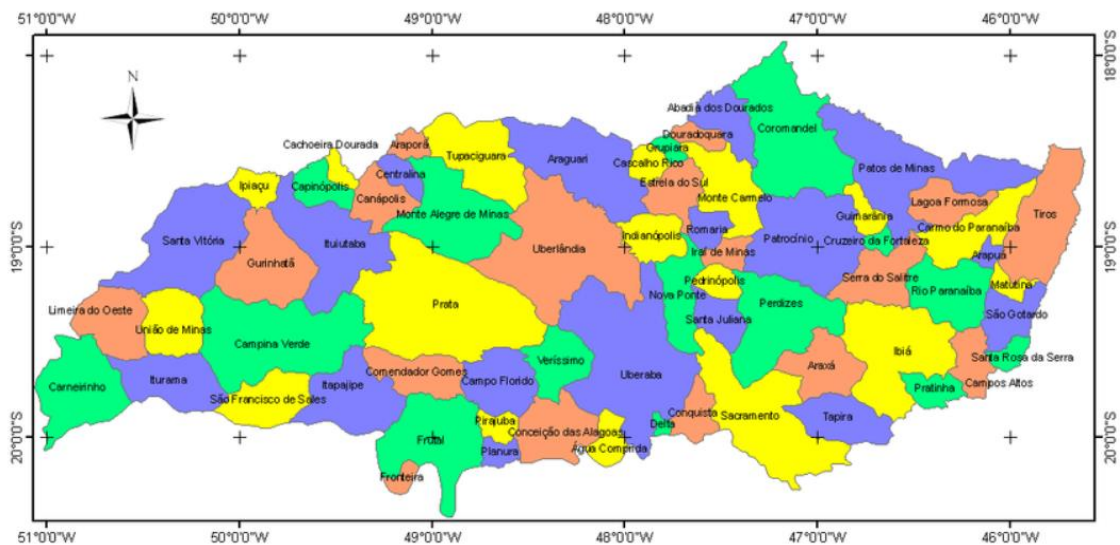
Figura 1 - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: UFTM, 2023

O HC-UFTM recebe demandas do município e de 27 cidades que formam a macrorregião do Triângulo Sul de Minas Gerais (Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo) (Figura 2), além de outros estados do Brasil (EBSERH, 2020c).

Figura 2 - Municípios da macrorregião do Triângulo Sul de Minas Gerais



Fonte: IBGE, 2010

A estrutura do HC-UFTM inclui 302 leitos ativos, sendo 20 na UTI Infantil, 10 na UTI Adulto, 10 na UTI Coronariana, 32 no Pronto Socorro, além de 14 salas destinadas para cirurgias. Existem ainda, cinco ambientes anexos ao hospital, a saber: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 173 consultórios (EBSERH, 2020c).

O estudo foi realizado na UCM do HC-UFTM localizada no segundo andar, onde se dispõe das Enfermarias Clínicas e de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do HC-UFTM. São vinculados à UCM: DGC; GAS; Superintendência; cargo de gestão: chefia da UCM e supervisão técnica: Responsável Técnico (RT) (EBSERH, 2023a).

Para o atendimento da UCM faz-se necessária a atuação de outras especialidades como: CM – Medicina Interna; Geriatria; Nutrologia; Genética Médica; Endocrinologia; Gastroenterologia; DIP; Pneumologia; Dermatologia (EBSERH, 2023a).

Além de todas estas especialidades, outras Unidades atuam em conjunto com a UCM. São elas: Unidade do Sistema Neurológico; Unidade do Sistema Cardiovascular; Unidade de Captação de Transplante; Unidade de Oncologia e Hematologia e Hemoterapia; Unidade Sistema Locomotor; Unidade Psicossocial; Unidade de Reabilitação; Grupo de Cuidados Paliativos (EBSERH, 2023a).

Os pacientes assistidos pela UCM, além de utilizarem do espaço físico da Unidade também utilizam, em sua grande maioria, do espaço das outras unidades supracitadas (EBSERH, 2023a). Por exemplo, um paciente com DCV que está internado na UCM nem sempre realiza todos os procedimentos pertinentes ao tratamento dentro da própria unidade (alguns exames de imagem, outros específicos da Unidade de Hemodinâmica e ou dos métodos gráficos). Contudo, pode-se dizer que a UCM vai muito além do seu espaço físico, utilizando da grande maioria das Unidades disponíveis no HC-UFTM.

#### 4.3 FONTE, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados do estudo foi realizada com a equipe integrante do projeto base entre outubro de 2020 e maio de 2022, considerando o ano de 2019 como referência. Referente às fontes das informações, Gil (2017) afirma que explorar

diferentes métodos de coleta permite a obtenção de informações detalhadas em sua profundidade e contexto, além de fornecer maior sustentação aos resultados encontrados. Dessa forma, no presente estudo foram consultadas fontes bibliográficas disponíveis eletronicamente, documentos fornecidos pelos próprios setores/unidades do hospital em formato de editores de texto (docx), *Portable Document Format* (PDF), planilhas do *Microsoft Office Excel* e ilustrações. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com chefias imediatas e profissionais atuantes das unidades/setores de interesse, que serão descritas com detalhes a seguir, de acordo com cada objetivo de estudo. Além das referidas fontes de coleta de dados, a vivência da pesquisadora enquanto profissional com histórico de atuação na UCM também foi considerada para completar as informações obtidas.

#### **4.3.1 Fluxo dos pacientes com doenças cardiovasculares com destino à Unidade de Clínica Médica**

Conforme já apresentado, a escolha dos pacientes com DCV que recebem assistência na CM partiu da ideia inicial do projeto base, ou seja, foram realizados projetos anteriores nos setores de Hemodinâmica e UTI Coronariana. Seguindo essa linha, o presente estudo deu continuidade, com foco nos pacientes com DCV atendidos na UCM. A Unidade do Sistema Cardiovascular atua em conjunto com a UCM (EBSERH, 2021a), sendo composta por:

- a) Cardiologia Clínica;
- b) Cirurgia Cardíaca;
- c) Cirurgia Vascular;
- d) Centro de Terapia Intensiva Coronariano;
- e) Hemodinâmica e
- f) Métodos Gráficos (EBSERH, 2021a).

Para definir o fluxo dos pacientes com DCV que em algum momento recebem assistência na UCM, primeiramente foi realizado um levantamento prévio das cardiopatias graves que necessitam de atenção e cuidados intensivos, por meio de consulta à II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave (DUTRA *et al.*, 2006) e, posteriormente, foram apresentadas em um diagrama ilustrativo.

Em um segundo momento, foi realizada a investigação das portas de entrada dos pacientes com DCV no HC-UFTM, por meio das informações obtidas juntamente

com as chefias imediatas e funcionários lotados nas unidades vinculadas à DGC e à GAS do HC-UFTM. Esses dados foram compilados e apresentados em um fluxograma para melhor visualização.

O diagrama ilustrativo das cardiopatias graves e das portas de entrada e fluxo dos pacientes no hospital foram produzidos no aplicativo *online* de diagramação inteligente, Lucidchart (<https://www.lucidchart.com/pages/pt>).

#### 4.3.2 Caracterização da estrutura produtiva da Unidade de Clínica Médica no ano de 2019

Para caracterizar a estrutura produtiva da unidade CM, no ano de 2019, segundo as informações de interesse, foram utilizadas múltiplas fontes de consulta, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Informação de interesse, fonte dos dados e forma de apresentação das informações coletadas referentes à caracterização da Unidade de Clínica Médica

Informação coletada	Fonte de dados	Forma de apresentação dos dados
Estrutura e organização	Fonte documental disponível <i>online</i>	Descritivo e diagramas ilustrativos produzidos no aplicativo <i>online</i> de diagramação inteligente, <i>Lucidchart</i> ( <a href="https://www.lucidchart.com/pages/pt">https://www.lucidchart.com/pages/pt</a> ).
Cobertura assistencial	Fonte documental disponível <i>online</i>	Descritivo
Sistema de informação	Fonte documental disponível <i>online</i>	Descritivo
Estrutura física	Fonte documental disponível <i>online</i> e Setor	Descritivo e ilustração contendo a planta física

Informação coletada	Fonte de dados	Forma de apresentação dos dados
	de Infraestrutura Física do HC-UFTM	
Recursos materiais	Fonte documental disponível <i>online</i> , Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e chefias imediatas da UCM	Descritivo
Recursos humanos	Divisão de Gestão de Pessoas (DIVGP), chefias imediatas e/ou profissionais atuantes na UCM	Descritivo e quadro de profissionais segundo quantidade, carga horária e vínculo.
Indicadores de internação hospitalar: internação hospitalar; transferência interna recebida; média de paciente/dia; média de permanência/paciente; taxa de desocupação; taxa de ocupação; índice intervalo de substituição; índice de renovação ou giro; transferência interna enviada; óbito institucional; alta; taxa de mortalidade e taxa de mortalidade institucional	Setor de Contratualização e Regulação (STCOR) Setor de Faturamento Relatório AGHU	Tabelas, sendo os indicadores agrupados em: (1) entradas; (2) permanência; (3) ocupação e rotatividade; (4) saídas e; (4) mortalidade.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022



### **4.3.3 Descrição dos processos de produção de serviços na Unidade de Clínica Médica**

Para descrever os processos de produção de serviços na UCM foram seguidas três etapas:

1ª) Levantamento das ações relacionadas à assistência prestada ao paciente com DCV na UCM. Essas informações foram obtidas com as chefias do setor e observação direta da pesquisadora sobre a dinâmica da rotina. Foi construído um diagrama ilustrativo no aplicativo *online* de diagramação inteligente, *Lucidchart* (<https://www.lucidchart.com/pages/pt>), contendo as principais ações.

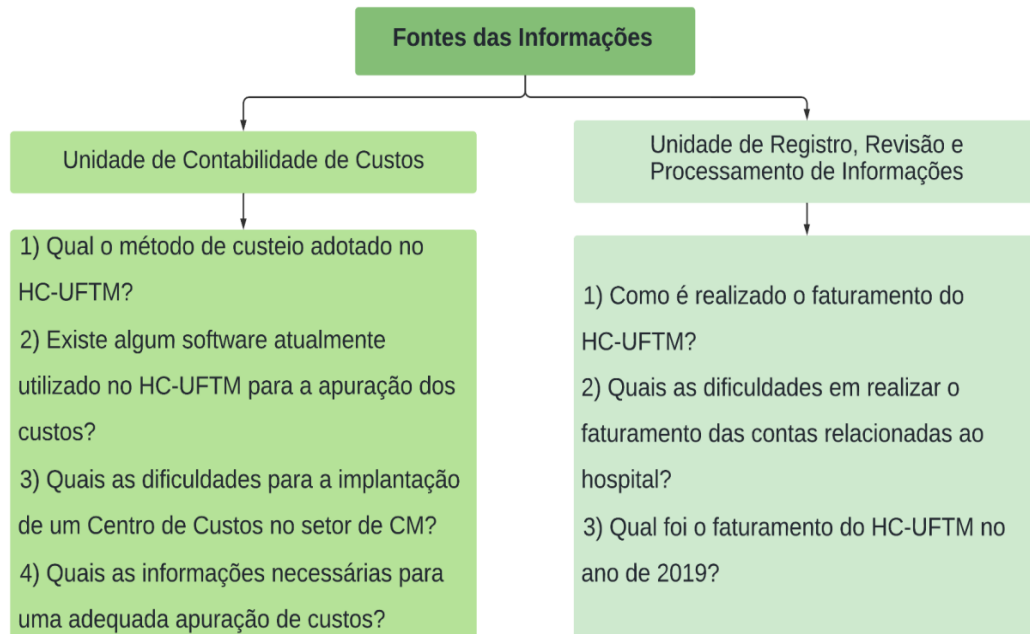
2ª) Identificação dos procedimentos que são realizados nos pacientes com DCV, por meio de consulta ao Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (SIGTAP) do SUS. Esses dados foram organizados e relacionados em quadro confeccionado no *Microsoft Office Word*.

3ª) Identificação dos setores/unidades que fornecem insumos ao setor de CM para que as ações e procedimentos mencionados nas etapas 1 e 2 sejam realizadas. Essas informações foram coletadas com as chefias do setor e observação direta da pesquisadora sobre a dinâmica da rotina. Esses dados foram organizados em quadro confeccionado no *Microsoft Office Word*.

### **4.3.4 Faturamento e estratégia para apuração dos custos da Unidade de Clínica Médica**

Entrevistas semiestruturadas foram elaboradas e direcionadas aos responsáveis pela Unidade de Contabilidade de Custos, para obter informações sobre a estratégia e método de apuração de custos; e pela Unidade de Registro, Revisão e Processamento de Informações, para conhecer o faturamento (Figura 3).

Figura 3 - Roteiro de entrevista direcionado aos chefes das Unidades de Contabilidade de Custos e Unidade de Registro, Revisão e Processamento de Informações



Fonte: Da autora, 2022

As informações referentes à estrutura operacional do Sistema de Contabilidade do HC-UFTM foram obtidas a partir das entrevistas com a chefia da Unidade de Contabilidade de Custos.

#### 4.3.5 Caracterização do perfil de custos na Unidade de Clínica Médica, no ano de 2019

Após ter identificado os setores/unidades fornecedoras da CM, estes foram contatados via *e-mail*, e foram realizadas visitas *in loco* e entrevistas com responsáveis para obtenção do descritivo de insumos, materiais e serviços dispensados ao setor de CM, com seus respectivos custos. O Quadro 2 mostra os setores/unidades fornecedores contatados.

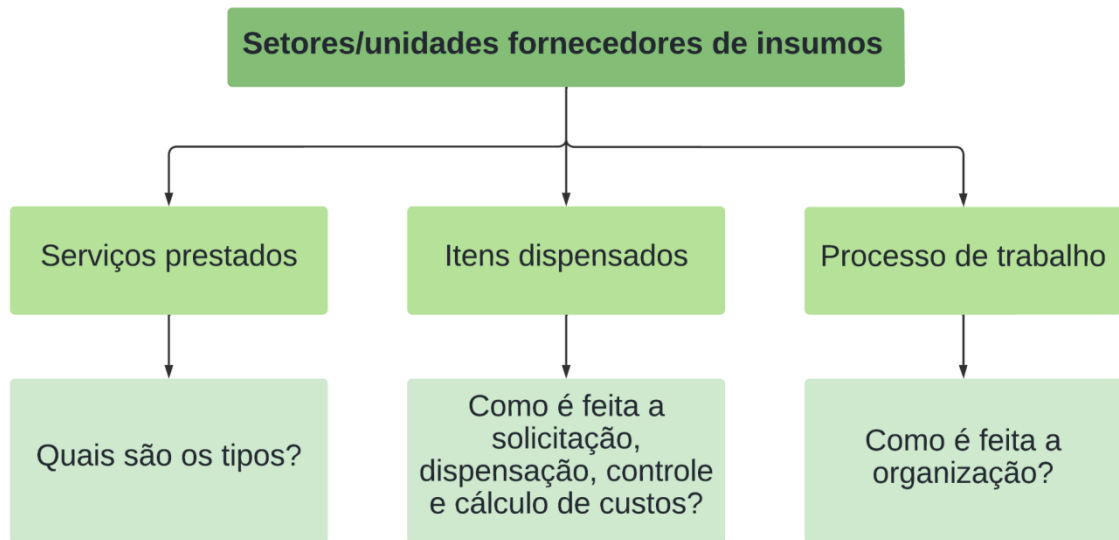
Quadro 2 - Dados solicitados aos setores/unidades fornecedoras de insumos para a Unidade de Clínica Médica, com suas respectivas fontes

<b>Fornecedores</b>	<b>Dados solicitados</b>	<b>Fonte de obtenção dos dados</b>
Farmácia	Insumos e suas respectivas quantidades e custos (medicamentos e suprimentos)	Entrevista e dados enviados via <i>e-mail</i> no formato PDF
Hotelaria	Insumos e suas respectivas quantidades e custos (enxovais)	Entrevista e dados enviados via <i>e-mail</i> no formato <i>docx</i> .
Nutrição	Insumos e suas respectivas quantidades e custos (dietas)	Entrevista e dados enviados via <i>e-mail</i> no formato <i>docx</i> .
Central de materiais estéreis	Insumos e suas respectivas quantidades e custos	Dados enviados via <i>e-mail</i> no formato PDF
Central de equipamentos	Insumos e suas respectivas quantidades e custos (equipamentos)	Dados enviados via <i>e-mail</i> no formato PDF
Setor de Infraestrutura Física	Dados sobre custos com água e energia elétrica	Entrevista

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Os dados solicitados que tinham como fonte o método de entrevista resultaram das seguintes questões norteadoras (Figura 4):

Figura 4 - Tópicos e perguntas da entrevista direcionada aos setores/unidades fornecedoras de itens para a Unidade de Clínica Médica



Fonte: Da autora, 2022

#### 4.3.6 Produção técnica: vídeo informativo sobre sistemas de saúde, gasto e custo em saúde, formas de financiamento e métodos de apuração de custos hospitalares

Materiais informativos, instrutivos e educativos são tecnologias que contribuem para o processo de disseminação, transferência e troca de conhecimento. Tem sido uma estratégia (tecnologia) amplamente utilizada para educação em saúde da população sob determinadas temáticas de interesse, a partir de tutoriais, apostilas, folders, cartazes, dentre outros (LEITE *et al.*, 2018). Entretanto, a literatura ainda é escassa quanto à elaboração desses materiais voltados especificamente para a temática de gestão em saúde, em particular no âmbito dos hospitais públicos.

Dentre essas tecnologias, destacam-se os vídeos educativos, uma tecnologia atrativa que provoca o diálogo e fomenta a participação multiprofissional, dessa forma contribuindo para o aprendizado do público-alvo (GRAVE, 2020).

Segundo Leite *et al.* (2018), deve-se seguir um percurso metodológico rigoroso na elaboração de tais materiais, caso contrário pode-se produzir materiais educativos equivocados nos aspectos técnicos e didático-pedagógicos, e dessa forma ter dificuldade em efetivar o processo de aprimoramento e disseminação do conhecimento sobre a temática pretendida.

Considerando o esgotamento do prazo final para conclusão da dissertação e a inviabilidade para elaboração e validação de um vídeo educativo segundo todas as fases e etapas propostas por Lengruber *et al.* (2021), mas ainda com intuito de contribuir para a cultura da instituição quanto às melhores práticas na gestão de custos, optou-se por aproveitar o conteúdo consultado e organizado sobre gestão de custos durante o desenvolvimento desta dissertação, acrescido de uma atualização sistematizada da literatura, e elaborar um vídeo como um produto técnico, contendo material informativo voltado para público interno do HC-UFTM (discentes, docentes e equipe profissional).

Segundo Leite *et al.* (2018), para a produção de material educativo são necessários, além do tema proposto, saber quem será ensinado, qual o público-alvo e suas características, bem como a melhor estratégia a ser utilizada.

Segundo Moraes (2008), a utilização de imagem é de grande importância para multiplicar a informação, pois independente do ambiente social é de fácil compreensão, atingindo diversos integrantes do contexto social.

Em cada uma das três fases propostas por Lengruber *et al.* (2021), considerou-se três etapas: I – Pré-Produção; II – Produção; III – Pós-Produção, que serão descritas com mais detalhes a seguir.

#### 4.3.6.1 Fase I: Pré-Produção

A pré-produção envolve a construção do roteiro/*script* e do *storyboard*. Trata-se de uma etapa importante para orientar a produção do vídeo (LENGRUBER *et al.*, 2021). Os conteúdos técnico e científico utilizados para auxiliar na elaboração do roteiro/*script* foram aqueles que compõem o referencial teórico desta dissertação, bem como outros conteúdos obtidos em leis, sítios eletrônicos oficiais do MS, MEC, Portal da Transparência e EBSEH. Esses conteúdos foram organizados para elaboração do roteiro/*script* do vídeo (Quadro 3).

Quadro 3 - Conteúdo do roteiro dos vídeos

Conteúdo do Roteiro/ <i>Script</i>	Referencial
Sistema e Financiamento em Saúde no Brasil e no Mundo	MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C (org.). <b>Sistema de Saúde no Brasil</b> : organização e financiamento. 1ª ed. Rio de Janeiro: AbrES, 2016.
Gasto em Saúde Pública no Brasil	MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C (org.). <b>Sistema de Saúde no Brasil</b> : organização e financiamento. 1ª ed. Rio de Janeiro: AbrES, 2016.
Gasto Hospitalar e a EBSERH	EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Sistema Único de Saúde. <b>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares</b> , 2022. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/sude/pt-br/assuntos/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos">https://www.gov.br/sude/pt-br/assuntos/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos</a> . Acesso em: 11 out. 2022. Acesso em: 11 out. 2022.
Gestão de Custo e Gestão de Custo Hospitalar	SOUZA, A. A. <b>Gestão financeira e de custos em hospitais</b> . 1. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
Apuração Custo e Método de Custeio	SILVA, A. S.; GRACILIANO, E. A. Contabilidade de custos na administração pública: das organizações militares prestadoras de serviços. <i>In</i> : CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 17., 2010, Belo Horizonte, MG <b>Anais [...]</b> . São Leopoldo, RS: Associação Brasileira de Custos, 2010, [11] p. Disponível em: <a href="https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/694">https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/694</a> . Acesso em: 11 out. 2022.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

O *storyboard* foi realizado seguindo a estrutura mostrada no Quadro 4.

Quadro 4 - Estrutura do *storyboard*

<b>Título:</b>	Custos em Saúde - Média e Alta Complexidade	
<b>Tema:</b>	Gestão de Custos	
<b>Objetivo:</b>	Informar, Instruir e sensibilizar servidores, discentes e usuários sobre a importância da gestão eficiente de custos em saúde para a sustentabilidade do SUS.	
<b>Público-Alvo:</b>	Servidores, discentes e usuários do SUS.	
<b>Locução</b>	<b>Descrição da Cena</b>	<b>Imagens</b>
A(s) informação(ões) do roteiro é(são) narrada(s) e gravada(s) em áudio(s) pelo locutor (pesquisador)	O técnico descreve a proposta da cena específica para cada informação ou conjunto de informações do roteiro que foram gravadas	O pesquisador e o técnico definem as imagens (fotos, desenhos, <i>prints</i> , dentre outras) que devem compor a cena durante a narração.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

#### 4.3.6.2 Fase II: Produção

Para a confecção dos vídeos, foi seguido e respeitado o processo do trabalho do setor de Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), tendo sido preenchido o formulário para solicitação de gravação, edição e hospedagem de conteúdos audiovisuais, através do *link*: <https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=3U3TZPCvIU238Qc0pchF5c8S6lwIV61Mp2wBI9DfO6hUOUc5TjdKUIYyUkIEOVQ1VkQwSkQ3V1E1MC4u>, encaminhado, em seguida, o formulário juntamente com o conteúdo do vídeo.

Após o envio do formulário, foi encaminhado *link* para o envio das informações para a confecção de vídeo animado, e solicitado o encaminhamento de *e-mail* para registro.

As informações que compõem o vídeo foram gravadas em áudio pelo pesquisador utilizando um aparelho celular modelo *Samsung J7 Prime*, posteriormente enviado, juntamente com o *storyboard*, ao profissional técnico Chefe da Unidade de e-Saúde da GEP do HC-UFTM para montagem inicial do vídeo no *software VideoScribe*. Este programa é voltado para criar vídeos animados no estilo de mão desenhando ou mão escrevendo. Também chamados de *Whiteboard Videos*

(Vídeos no Quadro Branco), Vídeos Explicativos, *Sketch Videos* ou *Draw My Life Videos* (NESPOL, 2022).

Após esta etapa foi realizada revisão com os pesquisadores para edição final do vídeo.

Nessa fase do trabalho, não foi realizada a validação do roteiro/*script* e do *storyboard* por peritos por não haver tempo disponível, ficando para momento futuro esse processo de validação de conteúdo.

#### Direção

Mestranda: Nanci Moreira da Cunha Marangoni

Orientação: Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira

#### Locução

Nanci Moreira da Cunha Marangoni

#### Edição

Joilson Meneguci

Unidade de e-Saúde/GEP/HC-UFTM/EBSERH

#### Ilustração e animação

*Software VideoScribe*

#### 4.3.6.3 Fase III: Pós-Produção

A edição final do vídeo foi realizada pelos pesquisadores e pelo técnico a partir da análise e discussão da primeira versão do vídeo. O vídeo será hospedado no Canal TV GEP HC-UFTM e disponibilizado para a gestão, bem como será articulada sua divulgação para a população interna do HC-UFTM. A divulgação do referido vídeo na rede EBSEH deverá ser realizada após a validação do roteiro/*script*, do *storyboard* e do vídeo final. Os dois vídeos produzidos podem ser acessados nos *links*: <https://youtu.be/a1oekQFmD5M> e <https://youtu.be/o49b1C4Kc-s>.



#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O acesso aos dados oriundos de fontes documentais da instituição, bem como as visitas e entrevistas, ocorreram mediante aprovação do projeto junto à GEP do HC da UFTM. Por se tratar de dados institucionais agregados e de acesso público, de acordo com a Resolução 510/2016 (Art.1º. Parágrafo Único, itens II e V), não há necessidade de a proposta ser submetida para avaliação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos, sendo obtida a apenas a autorização institucional da GEP (memorando nº135/2020/GEP/HC/UFTM) (ANEXO A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na sequência, serão apresentados os resultados do estudo juntamente com a discussão.

### 5.1 FLUXO DOS PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM DESTINO À UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

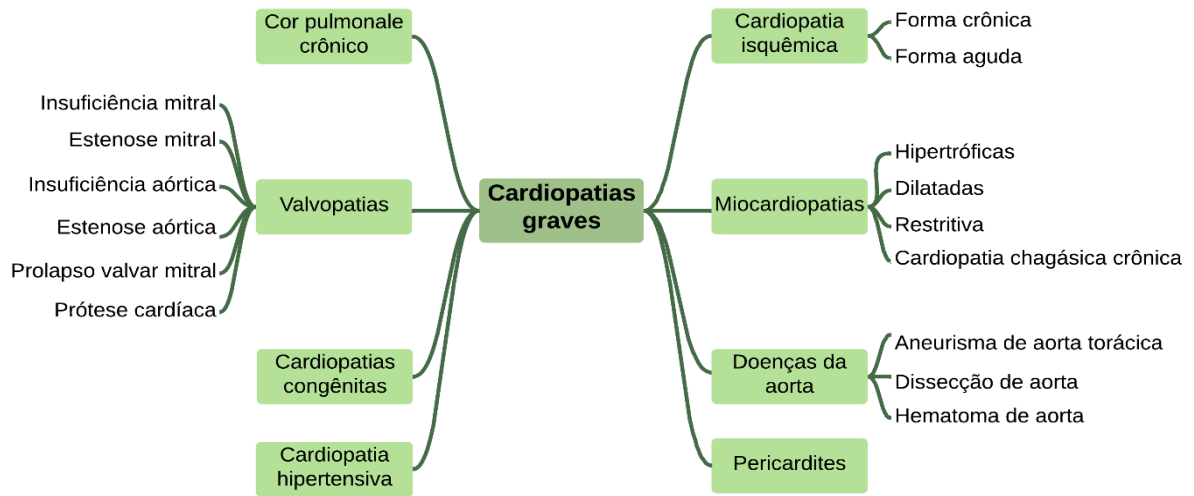
Em relação ao fluxo do paciente com DCV com destino a CM, verifica-se que nem sempre se dá somente via Pronto Socorro Adulto (PSA), que é o setor vinculado a Unidade de Urgência e Emergência, sendo este fluxo de pacientes internados, ambulatoriais ou regulados das UPA do município de Uberaba ou de um dos 27 municípios que têm como referência de atenção terciária o HC-UFTM.

Ao dar entrada no PSA, o paciente é avaliado imediatamente pelo médico realizando os exames pertinentes para confirmação do diagnóstico prévio (eletrocardiograma). Havendo a necessidade, dependendo do resultado do exame, o paciente será encaminhado ao setor de Hemodinâmica para realizar exames mais específicos ou encaminhado para a UCM. Podem ocorrer casos em que o paciente esteja internado na UCM por uma outra especialidade clínica, e no decorrer da internação apresentar arritmia, infarto agudo do miocárdio dentre outras doenças cardíacas. Este paciente passará a ser atendido e acompanhado pela equipe de cardiologia conforme solicitação de interconsulta.

O fluxo do paciente com DCV ainda pode ocorrer vindo do setor de Hemodinâmica, Centro de Terapia Intensiva (CTI) coronário assim como outros setores do HC, para continuar o tratamento clínico na UCM, onde serão acompanhados pela equipe de cardiologia e outras especialidades se assim o médico cardiologista achar necessário. Para o faturamento dos custos pertinentes ao atendimento do paciente é gerada a AIH; se o atendimento se dá via ambulatorial é gerada a Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC).

O destino do paciente com DCV dentro do HC-UFTM depende do diagnóstico e quadro clínico, necessitando muitas vezes de encaminhamento para a UCM. Inicialmente, foram identificadas as cardiopatias graves que necessitam de assistência hospitalar (Figura 5).

Figura 5 - Esquema com definição das cardiopatias graves



Fonte: Da autora, 2022, com base na II Diretriz Brasileira de Cardiopatias Graves, de Dutra *et al.* (2006)

Com base no conhecimento sobre as cardiopatias, foi realizado o mapeamento do fluxo dos pacientes com essas condições, admitidos seja por via ambulatorial ou por urgência e emergência e que podem ser encaminhados para a CM, Clínica Cirúrgica ou UTI.

Os pacientes admitidos por via urgência e emergência com queixa de dor torácica, após serem avaliados, seguem o fluxo conforme o protocolo institucional. Há pacientes que são encaminhados para o setor de Hemodinâmica, onde são realizados exames, podendo retornar ao PSA. Caso não apresentem alterações nos exames, permanecem em observação e, de acordo com a evolução clínica, podem ter alta hospitalar.

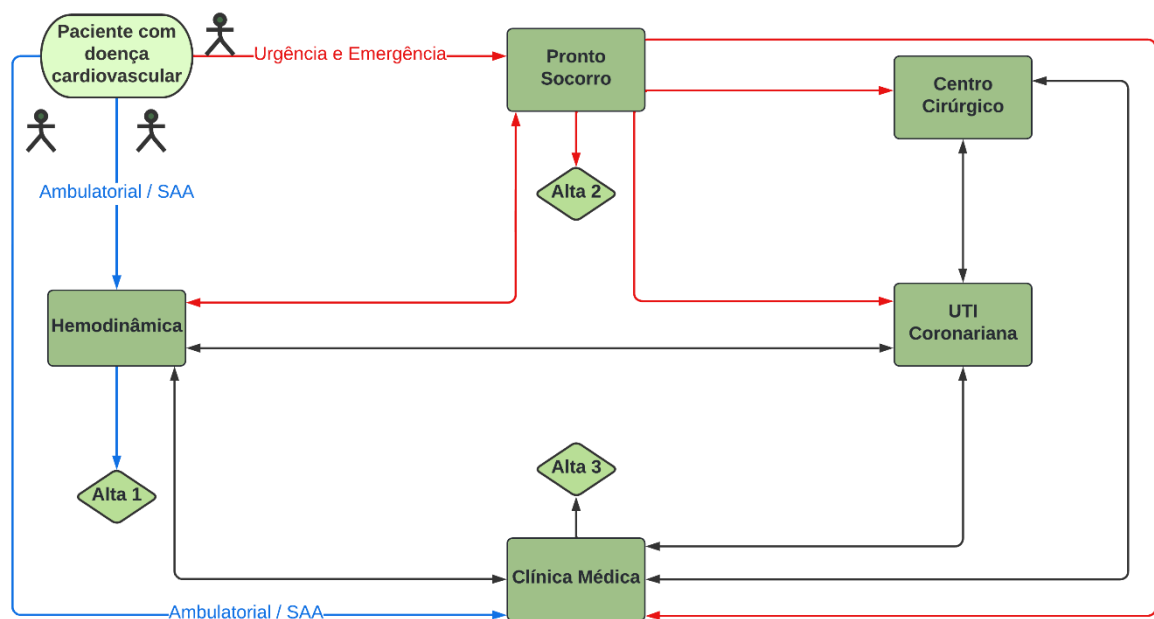
Pacientes que passam por angioplastia poderão ser encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI-C) mediante solicitação e disponibilidade de vaga. Não havendo a vaga, após a angioplastia voltarão para o PSA para continuidade do tratamento. Ainda, em casos graves com indicação cirúrgica, como aneurisma ou dissecção de aorta, poderão seguir do PSA direto para o Centro Cirúrgico, conforme avaliação.

No entanto, poderão seguir para a UTI-C, caso a cirurgia não seja realizada de imediato; e por fim, pacientes com cardiopatias clínicas não graves, poderão ser encaminhados do PSA para a CM para tratamento com a equipe do Serviço de

Cardiologia. Se durante a internação ocorrer piora clínica, instabilidade ou intercorrências, o paciente poderá ser encaminhado para a UTI Coronária.

Após todo o tratamento, os pacientes internados na CM recebem alta. O fluxo dos pacientes está detalhado na Figura 6.

Figura 6 - Fluxo dos pacientes com doenças cardiovasculares com destino à Unidade de Clínica Médica no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: Da autora, 2022

É válido ressaltar que todos os processos, sejam eles ambulatoriais ou de urgência e emergência, são custeados pelo SUS de forma rigorosa e integral; assim, é reconhecida a importância de compreender o fluxo e processos para questões acerca dos custos.

Estudo observacional realizado em serviços de cardiologia de um município do Rio Grande do Sul, refere que pacientes cardiopatas, antes de serem admitidos na UCM são encaminhados para os hospitais por um médico a partir de um sistema de regulação na Atenção Primária à Saúde para UPA, ambulatórios especializados (BERNARDINO JÚNIOR *et al.*, 2020).

É válido ressaltar, por meio de uma pesquisa descritiva realizada em um pronto atendimento em Santa Catarina que, especificamente, a UPA destina-se ao

atendimento de comorbidades agudas e casos de urgência e emergência. No entanto, esse serviço tem sido utilizado para referenciar pacientes graves para hospitais de grande porte e especializados, ou seja, a maioria dos pacientes em estado crítico admitidos na UCM são referenciados pela UPA (HERMIDA *et al.*, 2022).

Complementa a presente pesquisa um estudo de caso no qual refere-se que após a admissão em âmbito hospitalar, especialmente, nos serviços hospitalares de emergência, o paciente passa pelo acolhimento com classificação de risco, atendimento médico e de enfermagem, exames diagnósticos, podendo evoluir para a alta ou internação para realizar o tratamento medicamentoso ou cirúrgico, sendo então transferido para o setor apropriado para o seu tratamento (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015).

Para que as atividades e atendimento na UCM sejam satisfatórias e produtivas, faz-se necessário o envolvimento de grande quantitativo de profissionais preparados, assim como equipamentos para se chegar a resultados desejados para conclusão e eficácia do seu tratamento. Dentro do processo de trabalho e transformação da realidade utilizam-se recursos em maior ou em menor quantidade, a depender dos recursos disponíveis. Em uma unidade com a amplitude de CM a qual atende além da Cardiologia diversas clínicas, muitas se encontram em situações em que necessitam criar estratégias para que o atendimento flua mesmo com os chamados Recursos Críticos. Dentro da linha de cuidado é fundamental a articulação entre os setores e principalmente a adesão dos profissionais (SANTOS, 2008).

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA PRODUTIVA DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA EM 2019

A seguir, serão apresentados e discutidos os resultados referentes à caracterização da estrutura produtiva da UCM, no ano de 2019.

### 5.2.1 Estrutura e organização

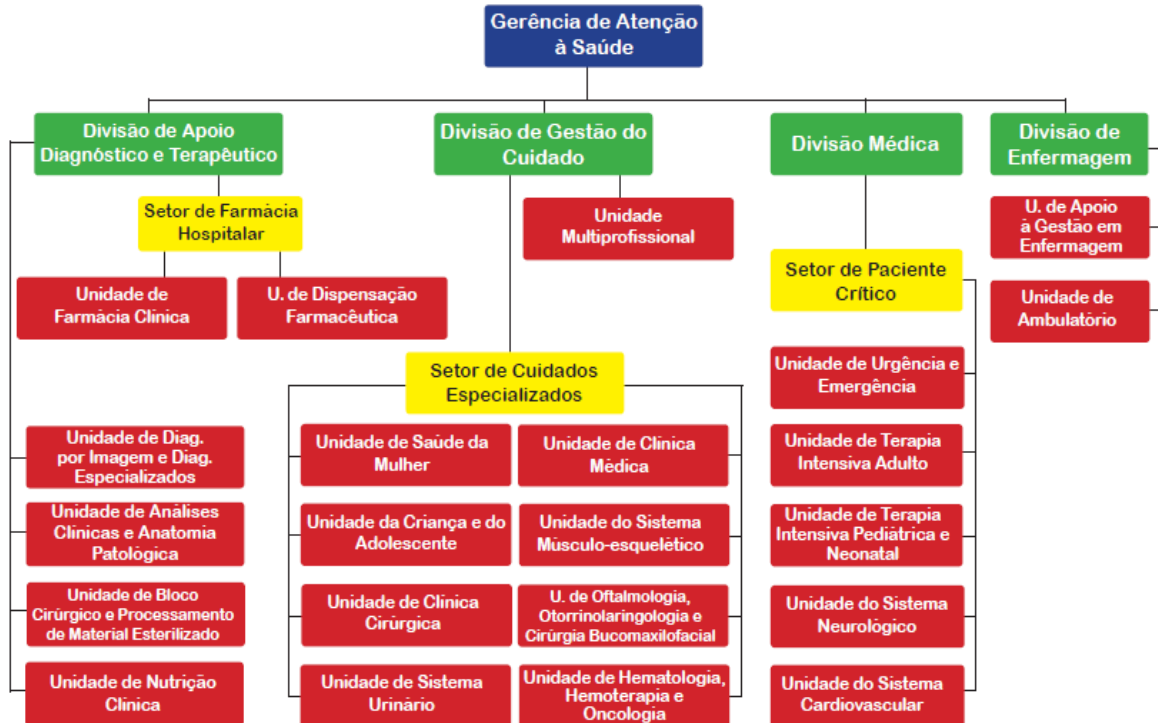
O HC-UFTM é certificado como Hospital de Ensino e, dessa forma, é cenário de ensino, pesquisa e extensão para os cursos de graduação e técnicos, não restritos, mas em particular os cursos da área da saúde, além de atender às demandas de formação profissional nas residências médica, uni e multiprofissional (*lato sensu*), bem

como para o desenvolvimento de pesquisa ligados aos programas de pós-graduação (*lato e stricto sensu*) (EBSERH, 2020c).

Em janeiro de 2013, UFTM e EBSERH assinaram o contrato de gestão especial, um documento referente à administração do HC-UFTM pela EBSERH, que inclui não somente a oferta de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população, no contexto do SUS, mas também, ações de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (EBSERH, 2013).

A UCM localiza-se centralmente no HC-UFTM, Sala das Unidades Funcionais (segundo andar) e Enfermarias de CM e de DIP (terceiro andar). A CM possui vinculação com a DGC e GAS, fazendo parte do Setor de Cuidados Especializados (EBSERH, 2020a), conforme mostra a Figura 7.

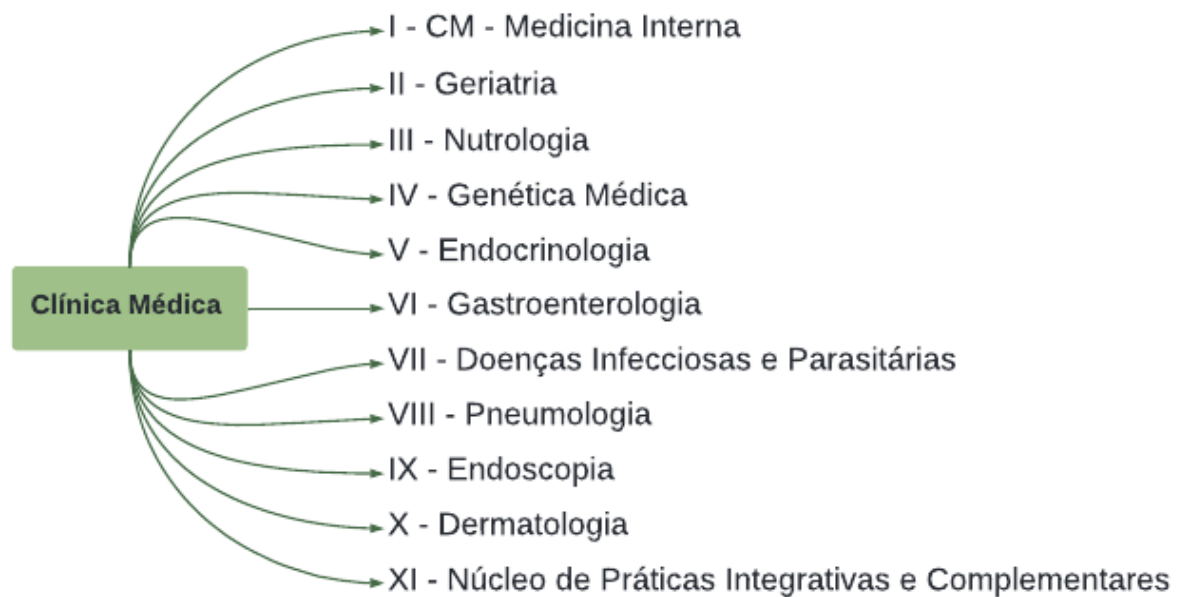
Figura 7 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: EBSERH, 2020a

A UCM é complexa em suas especialidades, assim como nas atividades realizadas no dia a dia. Dessa forma, a UCM do HC-UFTM é formada por 11 especialidades e/ou setores, conforme mostra a Figura 8.

Figura 8 - Composição da Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: Da autora, 2022 com base em EBSEH (2023a)

Além dos setores que compõem a UCM, existem cinco unidades que atendem em conjunto (EBSEH, 2023a):

- I – Unidade do Sistema Neurológico;
- II – Unidade Cardiovascular;
- III – Unidade de Captação de Transplante;
- IV – Unidade de Oncologia e Hematologia e Hemoterapia;
- V – Unidade do Sistema Locomotor (EBSEH, 2023a).

Existem serviços de apoio importantes que fornecem suporte à CM, como as equipes de limpeza, hotelaria, nutrição, copa, secretaria, recepção, escrituração e almoxarifado (Figura 9).

Figura 9 - Serviços de apoio que atuam na Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: Da autora, 2022

Pesquisa realizada em um HU do Sul do Brasil complementa que a UCM, além do exposto pelo presente estudo, compõe-se de espaços físicos com a presença de leitos e demais equipamentos para prestar a assistência aos pacientes admitidos, insumos e logística para ofertar cuidados e conforto de acordo com a necessidade do paciente, que são prestados por uma equipe de saúde e de serviços complementares (SANTOS *et al.*, 2018).

Além disso, o estudo ainda refere que essa unidade conta com um ambiente e sistemas de apoio que auxiliam na articulação do trabalho por meio de diversos profissionais, a fim de propiciar um cuidado seguro e de qualidade aos pacientes (SANTOS *et al.*, 2018).

### 5.2.2 Sistema de informação

O HC-UFTM conta com o AGHU para auxílio na gestão. O programa começou a ser desenvolvido em 2009, no contexto do Programa de REHUF, do MEC. A base



para a criação do AGHU foi o Sistema de Aplicativos para Gestão Hospitalar, criado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Além da gestão hospitalar com atenção ao paciente, o sistema foi criado para apoiar a padronização das ações voltadas para assistência e administração dos HU e possibilitar a criação de indicadores em nível nacional (EBSERH, 2020d).

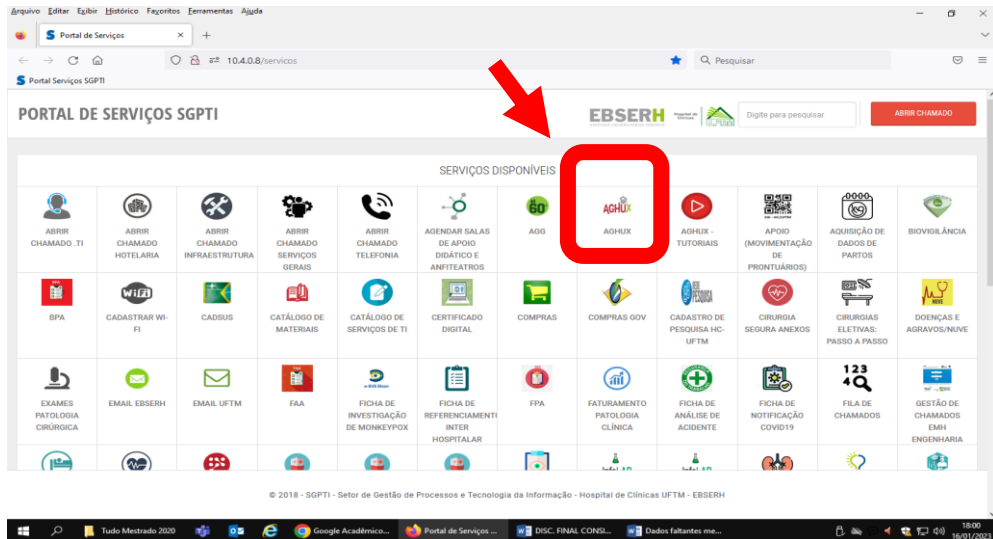
Na 10ª versão do programa, a plataforma oficial de apoio, o AGHU recebe atualizações e vem se expandindo, com a inserção de módulos como Certificado Digital, Telemedicina, Hemoterapia, Compras, Oncologia, Faturamento, Nutrição, e ainda, aprimoramento nos módulos existentes, como rastreamento de estoque e farmácia, controle de prontuário físico, controle de prontuário de acesso restrito, entre outras (EBSERH, 2020d).

O HC-UFTM recebe suporte e acesso para 11 módulos atualmente: 1) Pacientes; 2) Internação; 3) Ambulatório Administrativo; 4) Ambulatório Assistencial; 5) Prescrição Médica; 6) Prescrição de Enfermagem; 7) Farmácia; 8) Estoque; 9) Exames; 10) Controles de Paciente; 11) Cirurgias (EBSERH, 2022a).

Na UCM do HC-UFTM, o AGHU é utilizado para prescrição das medicações e cuidados a serem prestados aos pacientes, assim como a evolução nos prontuários eletrônicos, solicitação de exames, interconsultas, pedidos de suprimentos de farmácia e almoxarifado, conforme demonstrado nas Figuras 10 a 14.

Na Figura 10, vemos o painel com todos os sistemas e serviços do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) do HC-UFTM, em que se encontra o AGHU.

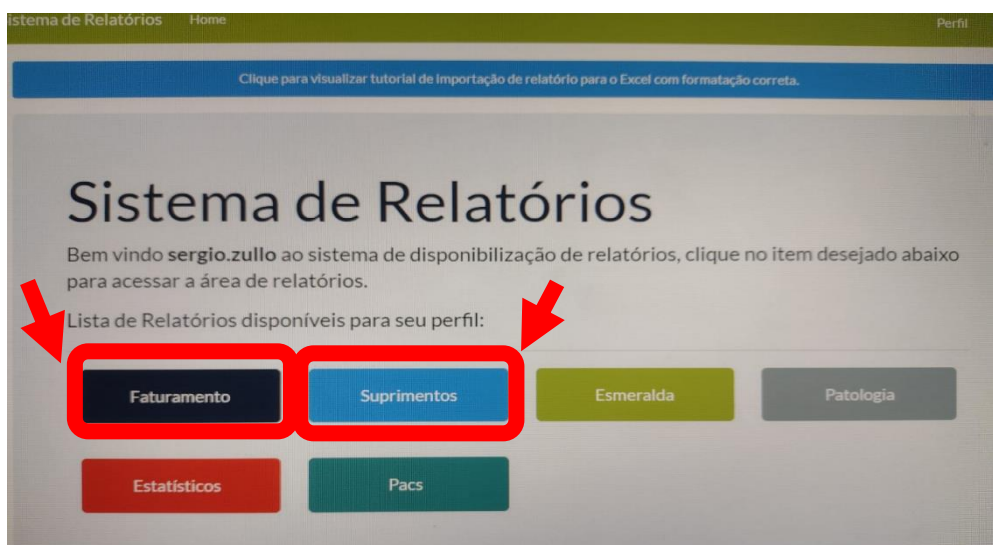
Figura 10 - *Print* da tela do Painel dos Serviços do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: Da autora, 2022, a partir de *print* da tela do AGHU do HC-UFTM

Na Figura 11, vemos a página do painel com todos os relatórios disponíveis do AGHU, tais como “Faturamento” e “Suprimentos”.

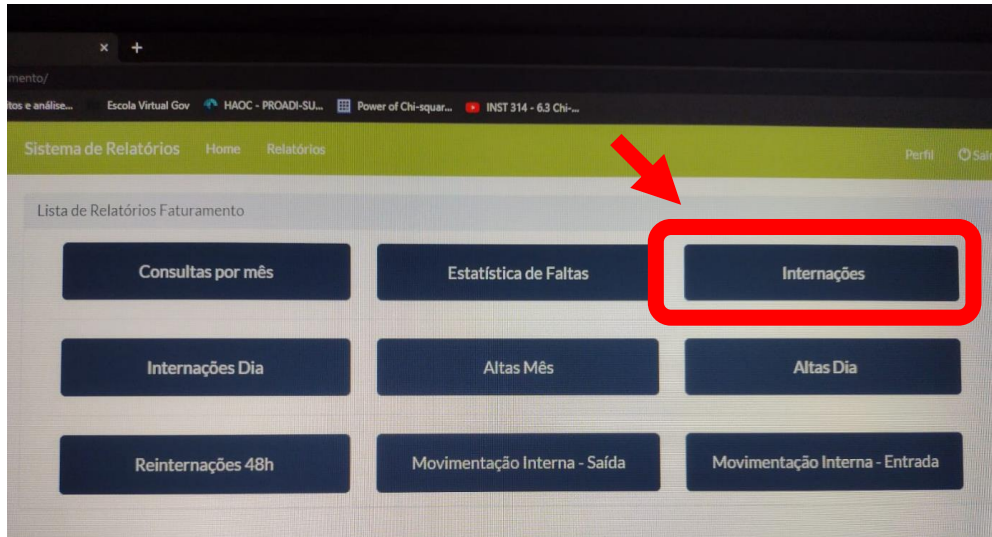
Figura 11 - *Print* dos sistemas de relatórios do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários



Fonte: Da autora, 2022, a partir de *print* da tela do AGHU do HC-UFTM

Na Figura 12, vemos a página do painel do relatório de faturamento disponível no AGHU, em que é possível obter resumos das “internações” por centros de custo”.

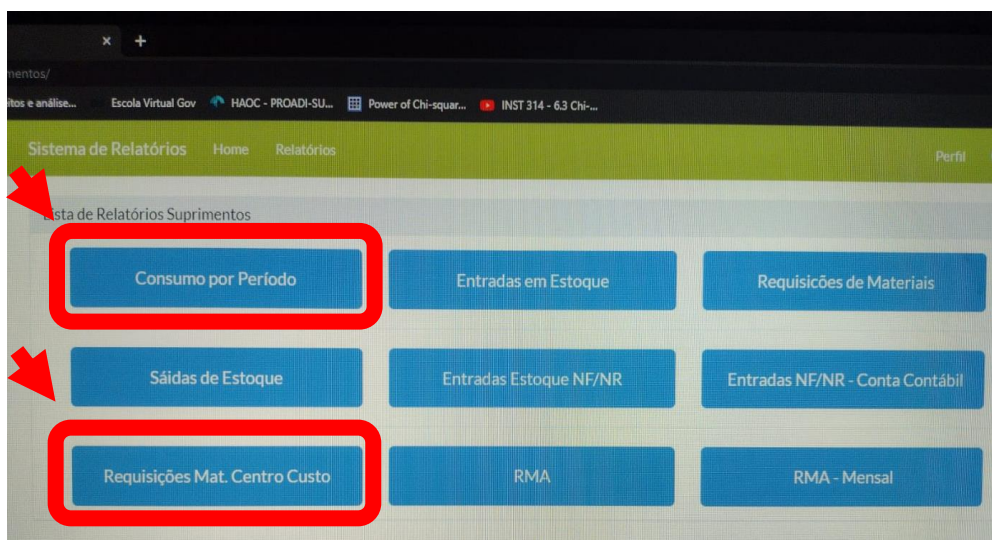
Figura 12 - Sistema de relatórios de faturamento do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários



Fonte: Da autora, 2022, a partir de *print* da tela do AGHU do HC-UFTM

Na Figura 13, vemos a página do painel do relatório de suprimentos disponível no AGHU, em que é possível obter resumos do “consumo por período” e “requisições de materiais por centros de custo”.

Figura 13 - *Print* do sistema de relatório de suprimentos do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários



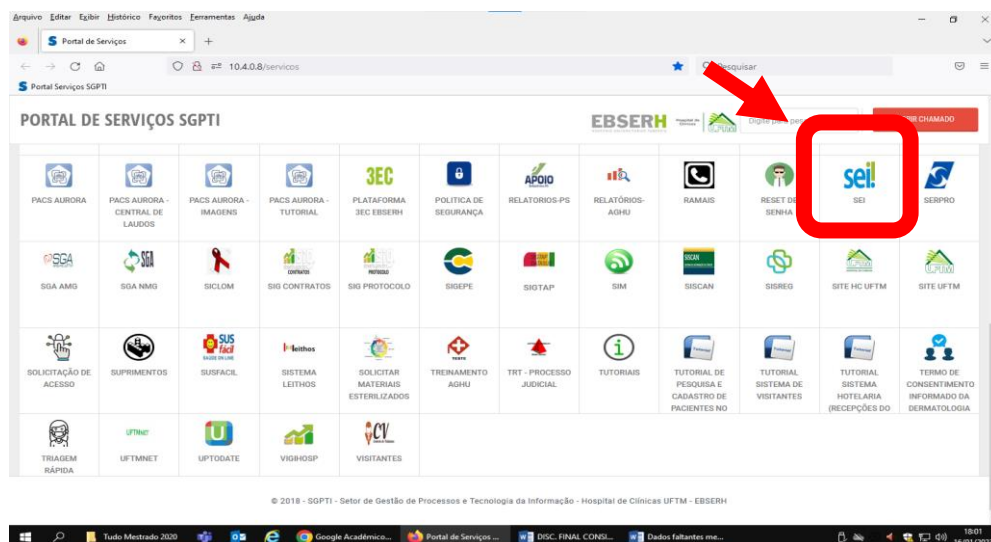
Fonte: Da autora, 2022, a partir de *print* da tela do AGHU do HC-UFTM

Os resultados dos exames solicitados no AGHU ao laboratório são visualizados utilizando o sistema de informação Esmeralda Visual, um sistema para a gestão de laboratório de análise (ELITE CONSULTORIA, 2022). A visualização dos exames por imagem é realizada por meio do MV PACS (*Picture Archiving and Communication System*), uma ferramenta de gestão de imagens que gerencia o armazenamento e compartilhamento de imagens geradas por diversos equipamentos.

Além desses sistemas, o HC-UFTM tem implantado desde o ano de 2019 o Sistema Eletrônico de Informação (SEI), voltado para realizar a gestão de documentos e processos eletrônicos; assim, todos os documentos e processos administrativos são editados, transmitidos, recebidos e arquivados por meio do sistema (EBSERH, 2021b), conforme apresentado na Figura 14.

Na Figura 14, vemos o painel com todos os sistemas e serviços do SGPTI do HC-UFTM, em que se encontra o SEI.

Figura 14 - *Print* da tela do Painel dos Serviços do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: Da autora, 2022, a partir de *print* da tela do AGHU do HC-UFTM

As solicitações de insumos junto ao Almojarifado são realizadas através do profissional de enfermagem, sendo o Enfermeiro ou o técnico de enfermagem responsável por verificar a necessidade dos materiais a serem repostos. Em seguida, preenchem via sistema que é recebido no almojarifado. Os pedidos são realizados

diariamente, com exceção dos dias que antecedem feriados e finais de semana; nestes casos é feita uma média para os dias subsequentes.

No ano de 2019 houve a necessidade da troca do sistema utilizado no laboratório e no setor de imagem; durante este processo foi perdido o quantitativo já registrado anteriormente referente à UCM.

A grande maioria dos insumos e serviços são solicitados através do Sistema AGHU. Sabemos que é de suma importância a inter-relação dos setores, porém o sistema não nos permite o resultado de quantitativos dispensados e não cruza dados dentro do próprio aplicativo, muitas vezes tornando as informações não fidedignas. Um exemplo para melhor entender seria o registro oficial da Farmácia que se diverge com a necessidade do quantitativo para o atendimento na UCM. Um paciente com DCV internado na CM após 2 dias é avaliado pelo médico, que altera sua prescrição passando o quantitativo de um determinado medicamento para mais vezes ao dia; a prescrição é realizada no sistema, porém, a farmácia não terá esta informação. Portanto, o quantitativo utilizado não será compatível com o informado pela farmácia.

Pesquisa acerca da relevância dos sistemas de informação retrata que os instrumentos de trabalho na saúde caracterizados por sistemas de informações são recursos computacionais indispensáveis para as ações administrativas e burocráticas por serem capazes de operacionalizar, supervisionar, controlar e aliviar o desempenho das unidades e serviços, em especial, a UCM (BENITO; LICHESKI, 2009).

Ainda, um estudo realizado em Tangará da Serra – MT complementa que, embora todos os administradores evidenciam a importância de um bom controle de custos, visto que esse pode auxiliar no processo de tomada de decisões das instituições, na prática, esse controle não tem sido utilizado de forma efetiva, apesar de algumas informações parciais de custos já estarem sendo produzidas (MARTINS; SOUZA, 2020).

Ressalta-se que, a falta de um sistema integrado de gestão de custo pode ser a resposta para tantas dificuldades e complexidade de processos de trabalho devido à grande quantidade de dados que necessitam ser apurados (OLIVEIRA, 2017).

Uma pesquisa refere que o sistema de informação é caracterizado como um combinado de procedimentos, informações, recursos humanos, tecnologias, entre outros recursos. Portanto, evidencia-se que os sistemas podem envolver, ou não, a

utilização de tecnologias de informação; diante disso, o mesmo não deve ser confundido com um sistema informático (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Já uma pesquisa descritiva apresenta como os principais sistemas de informações disponíveis na literatura o *Philips Tasy*, *MV Gestão Hospitalar*, *Wareline*, *Totvs Gestão* e o *Gesthos*, que são desenvolvidos para contribuir para a melhoria da qualidade e a produtividade da assistência prestada pelos profissionais da saúde (BITTAR *et al.*, 2018).

Salienta-se que no hospital do presente local de pesquisa encontra-se em fase de implantação o sistema *ApuraSUS*, criado com a intencionalidade de ajudar os usuários a compreenderem as etapas básicas necessárias para manusear o sistema, bem como, utilizar essa ferramenta de forma ágil, clara e segura, mostrando de forma ilustrativa as telas do sistema e o passo a passo de como navegar pelo mesmo (EBSERH, 2022b).

### **5.2.3 Espaço físico**

A UCM possui localização central no HC-UFTM, Sala das Unidades Funcionais, localizada no segundo andar, e Enfermarias de CM e de DIP, no terceiro andar do hospital, perfazendo um total de 531,25 m<sup>2</sup>, dos 34.525,93m<sup>2</sup> da área total do HC-UFTM (EBSERH, 2023a), conforme mostra a Figura 15.



Referente à estrutura física para desenvolvimento das diversas atividades, verificou-se que a UCM dispõe de 24 espaços, detalhados no Quadro 5.

Quadro 5 - Estrutura física da Unidade de Clínica Médica para desenvolvimento de atividades

<b>Classificação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Enfermaria:</b> (1) Clínica Médica (2) Clínica Cirúrgica (3) DIP (4) Hematologia (5) Neurologia (6) Ortopedia	01	Promover a assistência diagnóstica e terapêutica aos pacientes do HC-UFTM sob regime de internação.
<b>Ambulatório:</b> (1) Maria da Glória (2) Especialidades	01	Atender ao público interno e externo do HC-UFTM nas especialidades que compõem a Unidade.
<b>Pronto Socorro</b> <b>Adulto</b>	01	Promover a assistência diagnóstica e terapêutica aos pacientes do HC-UFTM em regime de urgência e emergência.
<b>UTI:</b> (1) Adulto (2) Coronariana	01	Promover a assistência diagnóstica e terapêutica aos pacientes do HC-UFTM internados e em necessidade de Cuidados Intensivos.
<b>Unidade de Terapia</b> <b>Renal (UTR)</b>	01	Promover a assistência diagnóstica e terapêutica aos pacientes do HC-UFTM internados em necessidade de suporte especializado e/ou terapia de substituição renal.
<b>Hospital Dia</b>	01	Promover a assistência diagnóstica e terapêutica aos pacientes do HC-UFTM em regime de Hospital Dia
(1) Núcleo de <b>Métodos Gráficos</b>	01	Promover auxílio terapêutico aos pacientes do HC-UFTM.



<b>Classificação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Objetivo</b>
(2) Unidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (3) Núcleo de Exames Endoscópicos		
Central de Quimioterapia	01	Promover a assistência diagnóstica e terapêutica aos pacientes do HC-UFTM em regime de Hospital Dia e atendimento ambulatorial
Centro de Atenção Integrada em Saúde (CAIS)	01	Atender ao público definido pelo zoneamento nas especialidades que compõem a Unidade.
(1) Sala da Chefia da Unidade (2) Sala Multiprofissional	01	Planejar e desenvolver ações, como monitoramento e avaliação da Unidade de Clínica Médica, visando melhorias na assistência, ensino, pesquisa e extensão.
Sala de Acolhimento Assistência ao Paciente e às Famílias	01	Oferecer atendimento eficiente e humanizado aos pacientes e familiares através do auxílio da Assistente Social do Setor.
Sala da equipe SARAURA	01	Oferecer atenção aos pacientes e familiares através de atividades lúdicas.
(1) Anfiteatros, salas de aula do HC-UFTM (2) Sala de aulas práticas com simulação realística	01	Realizar aulas, cursos e treinamentos aos alunos, residentes e profissionais de todas as especialidades médicas e multiprofissionais, visando melhorias na assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Classificação	Quantidade	Objetivo
do Centro Educacional.		

Fonte: EBSEH, 2023a

#### 5.2.4 Recursos materiais

Em relação aos equipamentos, cada enfermaria conta com cinco camas hospitalares elétricas, cinco mesas de cabeceira com rodinhas, travas e gavetas, um biombo, cada leito possui duas saídas de oxigênio, duas de ar comprimido e uma de vácuo. Conta com um carrinho de urgência com um desfibrilador para atender os 37 leitos. A unidade conta com 51 bombas de infusão em regime de comodato.

Referente à tecnologia, a CM possui dois computadores no posto de enfermagem, um computador na sala de escrituração e 11 computadores situados na sala de prescrição, a qual pertence a planta da Clínica Cirúrgica. Estes últimos são compartilhados por profissionais da CM e da Clínica Cirúrgica.

Um estudo retrata que a UCM de um hospital de grande porte apresenta de três a seis leitos por quarto, com a presença de mesa de cabeceira, poltrona reclinável, mesa de refeição, suporte de soro, escada de dois degraus, banheiro privativo, cadeira de higiene (ROSA; MENEZES, 2015).

#### 5.2.5 Recursos humanos

Existe uma grande diversidade de categorias profissionais atuando na UCM, sendo: 11 enfermeiros, 31 técnicos de enfermagem, 24 médicos específicos de UCM, um psicólogo específico da UCM, um assistente social específico da UCM, seis fisioterapeutas específicos da UCM e um escriturário. Esses servidores cumprem regimes de trabalho de 20, 36 e 40 horas, dependendo do vínculo institucional, Regime Jurídico Único (RJU) ou Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Quadro 6).

Quadro 6 - Caracterização dos profissionais atuantes na Unidade de Clínica Médica, segundo quantidade, vínculo, carga horária e lotação

<b>Categoria profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Lotação</b>
Médico	5	EBSERH	24	UCM
	6	RJU	24	UCM
	13	-	24	Enfermaria de CM, mas são lotados em outras unidades
Enfermeiro	10	EBSERH	36	UCM
	1	RJU	40	UCM
Técnico de Enfermagem	26	EBSERH	36	UCM
	5	RJU	40	Fazem plantão na UCM, mas são lotados em outras unidades
Fisioterapeuta	6	EBSERH	20	UCM (n=3) e atuação na CM, mas são lotados em outras unidades (n=3)
Psicólogo	1	EBSERH	40	UCM
Assistente social	1	EBSERH	30	UCM

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas do HC-UFTM, 2022

Além desses profissionais que prestam assistência direta na UCM, existem outras especialidades atuantes, conforme a necessidade avaliada pelos médicos da UCM, sendo solicitada a avaliação e posterior continuidade do tratamento, se for o caso. É comum o paciente receber o atendimento de mais de uma especialidade concomitantemente. Os pacientes com DCV são acompanhados pela Cardiologia e, frequentemente, também pelo médico da UCM. Destaca-se que os outros profissionais atendem todas as especialidades, uma vez que são assistenciais e não especialistas de uma determinada área.

Pode-se citar também o atendimento da Ginecologia, Ortopedia, Fonoaudiologia, Odontologia, Serviço Social e Psicologia. Dentre esses, o Serviço Social e a Psicologia estão sempre prestando assistência, de acordo com a demanda repassada pelos profissionais da Enfermagem.

Todas as unidades atuantes na CM prestam atendimento aos pacientes conforme solicitação de interconsulta pelo médico ou com encaminhamento pelo especialista. Por exemplo, o paciente com diagnóstico prévio de arritmia cardíaca que deu entrada no PSA é encaminhado para internação na UCM pelo médico cardiologista e será acompanhado pela Equipe da Cardiologia na UCM. Isso se aplica às outras especialidades também.

Os profissionais das diversas especialidades mencionadas também cumprem regimes de trabalho de 20, 36 e 40 horas, dependendo do vínculo institucional (RJU ou CLT). Porém, ao contrário dos profissionais alocados na UCM, eles não cumprem toda a carga horária nesse setor, ou seja, normalmente atendem conforme solicitação e necessidade da CM e de outros setores do hospital.

De todas as especialidades, o setor conta com plantões 24 horas; portanto, existe a necessidade de avaliação do paciente, para que seja atendido conforme a solicitação médica ou do enfermeiro.

Além de todo o atendimento já mencionado, a UCM conta com atendimento de coleta de exames laboratoriais e de imagem 24 horas, que podem ser realizados dentro ou fora do setor. Lembrando que a CM não tem um técnico de laboratório ou de raio x específicos do setor, porém, assim como as outras especialidades, esses profissionais também prestam atendimento fora da sua unidade de origem.

Uma pesquisa refere que os recursos humanos que constituem uma equipe multiprofissional necessária para formar uma unidade de saúde é composta por

enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Pesquisa complementa este estudo ao identificar uma deficiência de recursos humanos, o que é considerado como a principal barreira para a implementação de ferramentas que visam à padronização, evidenciando uma relação com o presente estudo, especificamente na CM, ao detectar uma deficiência de enfermeiros (OLIVEIRA, J. *et al.*, 2020).

A deficiência de recursos humanos implica na sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, afeta a saúde dos profissionais e gera déficit na eficiência e qualidade do cuidado, elevando os custos de determinado serviço e/ou unidade. Portanto, especificamente na enfermagem, a sobrecarga é importante agravo na saúde profissional caracterizado pelo estresse e exaustão, implicando negativamente na qualidade do cuidado e na saúde do trabalhador (OLIVEIRA, J. *et al.*, 2020).

### 5.2.6 Indicadores de internação hospitalar

Os indicadores de internação hospitalar foram recebidos em PDF. Para facilitar a visualização, os dados foram agrupados em: entradas, permanência, ocupação e rotatividade, saídas e mortalidade, conforme a Tabela 1 e Figura 16, a seguir.

No ano de 2019, segundo dados do STCOR, verificou-se que do total de internações, 9.025 pessoas em algum momento foram internadas na UCM, seja internação ou transferência interna, sendo a internação maior no primeiro semestre e a transferência interna recebida maior no segundo, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Entradas de pacientes na Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022

<b>Indicador</b>	<b>1º sem/2019</b>	<b>2º sem/2019</b>	<b>Total</b>
Internação hospitalar (nº.)	4.105	3.699	7.804
Transferência interna recebida (nº.)	577	644	1.221
<b>Total</b>	<b>4.682</b>	<b>4.343</b>	<b>9.025</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Setor de Contratualização e Regulação do HC-UFTM, 2022

A partir dos dados do módulo Relatório de Internação do AGHU, foi possível verificar um total de 12.016 internações no ano de 2019, com 2.209 (18,4%) internações originárias da CM e 4.076 (33,9%) da Clínica Cirúrgica, duas das clínicas que atendem a maioria dos pacientes com DCV, além de 4.060 (33,8%) internações originárias de outras clínicas. Dentre o total de internações, observou-se 2.207 (18,4%) internações referentes ao Capítulo IX-Doenças do Aparelho Circulatório, da CID, versão 10, e dessas 927 (42,0%) internações são originárias da CM, 760 (34,4%) da Clínica Cirúrgica e 117 (5,3%) de outras clínicas (Figura 16). Essas divergências entre os dados do Setor de Contratualização e Regulação e do AGHU reforçam a necessidade de padronização e sistematização quanto aos registros de dados assistenciais, tão importantes para monitoramento das metas de contratualização, bem como para apuração do faturamento e dos custos hospitalares.

Figura 16 - Registros de internações segundo as clínicas de origem e os capítulos da CID-10, no ano de 2019

Capítulo CID	Descrição	CID-10	INTERNAÇÕES								
			GERAL			CLÍNICA MÉDICA		CLÍNICA CIRÚRGICA		OUTRAS CLÍNICAS	
			No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99	414	242	58,5	23	5,6	75	18,1	74	17,9
II	Neoplasmas [tumores]	C00-D48	984	219	22,3	378	38,4	317	32,2	70	7,1
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89	246	91	37,0	10	4,1	100	40,7	45	18,3
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90	262	19	7,3	87	33,2	133	50,8	23	8,8
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99	16	4	25,0	1	6,3	6	37,5	5	31,3
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99	203	61	30,0	48	23,6	55	27,1	39	19,2
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59	156	11	7,1	81	51,9	6	3,8	58	37,2
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95	4	1	25,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99	2207	927	42,0	760	34,4	117	5,3	403	18,3
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99	427	114	26,7	106	24,8	172	40,3	35	8,2
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93	1313	115	8,8	855	65,1	135	10,3	208	15,8
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99	109	33	30,3	45	41,3	12	11,0	19	17,4
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99	264	11	4,2	213	80,7	28	10,6	12	4,5
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99	784	91	11,6	310	39,5	246	31,4	137	17,5
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99	1940	2	0,1	3	0,2	1919	98,9	16	0,8
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96	290	0	0,0		0,0	272	93,8	18	6,2
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99	147	7	4,8	17	11,6	116	78,9	7	4,8
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99	253	47	18,6	111	43,9	39	15,4	56	22,1
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98	1877	209	11,1	979	52,2	257	13,7	432	23,0
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98	12	3	25,0	3	25,0	4	33,3	2	16,7
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99	108	2	1,9	45	41,7	49	45,4	12	11,1
<b>TOTAL</b>			<b>12016</b>	<b>2209</b>	<b>-</b>	<b>4076</b>	<b>-</b>	<b>4060</b>	<b>-</b>	<b>1671</b>	<b>-</b>

Fonte: AGHU - Sistema Relatórios: Faturamento-Internações do HC-UFTM, 2022

Estudo realizado em cinco hospitais gerais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais identificou, no ano de 2016, cerca de 8.927 internações de pacientes com diferentes comorbidades na UCM, evidenciando um número de internações inferior ao do presente estudo (GOMES, VOLPE; 2018).

Segundo Silva (2022), no Brasil, até o ano de 2019, as DCV eram consideradas como a principal causa de morte e responsáveis por 18,71% dos óbitos, além de representar o maior impacto no custo das internações hospitalares no país. Além disso, as internações decorrentes das DCV representaram 9,68%, com 25,46% dessas internações de indivíduos com idade entre 60 a 69 anos.

A média de pacientes por dia na unidade foi de 21,4 pacientes, com uma média de permanência de 6,4 dias, segundo a Tabela 2.

Tabela 2 - Média de pacientes por dia e dias de permanência por paciente na Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022

<b>Indicador</b>	<b>1º sem/2019</b>	<b>2º sem/2019</b>	<b>Total</b>
Paciente/dia (média)	22,7	20,1	21,4
Dias permanência/paciente (média)	7,1	5,7	6,4

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Setor de Contratualização e Regulação do HC-UFTM, 2022

Pesquisa realizada na UCM de um HU de Belo Horizonte, Minas Gerais, identificou que o tempo de permanência médio de internação foi igual a 25,74 dias em que, a maioria dos pacientes ficaram internados mais de 10 dias. Ainda, destaca que o tempo mínimo é equivalente a 5 dias, refletindo em uma qualidade da assistência prejudicada (TIENSOLI *et al.*, 2014).

Estudo transversal, desenvolvido em UCM de um HU retratou que a média de internação foi de 20,9 dias, indicando um índice acima da média nacional, caracterizada em 9,3 dias. Diante disso, é possível supor que o presente estudo se encontra abaixo do esperado (RUFINO *et al.*, 2012).

Em relação à ocupação e rotatividade dos pacientes, constatou-se taxa de desocupação maior no segundo semestre e de ocupação, no primeiro. O tempo médio que um leito ficou desocupado (índice intervalo de substituição) na CM em 2019 foi de 4,7 dias ( $[Taxa\ de\ desocupação \times Média\ de\ permanência] / Taxa\ de\ ocupação$ ) e a média de pacientes que passaram por um leito (índice de renovação ou giro) na CM

em 2019 foi de 2,8 pacientes (IR = número de saídas em determinado período/ número de leitos no mesmo período) (Tabela 3).

Tabela 3 - Taxas de ocupação e desocupação, índice de substituição e renovação na Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022

<b>Indicador</b>	<b>1º sem/2019</b>	<b>2º sem/2019</b>	<b>Total</b>
Taxa desocupação (%)	38,7	45,7	42,2
Taxa ocupação (%)	61,3	54,3	57,8
Índice intervalos de substituição (tempo médio em dias)	4,5	4,8	4,7
Índice de renovação ou giro (relação paciente/leito)	2,6	2,9	2,8

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Setor de Contratualização e Regulação do HC-UFTM, 2022

Estudo desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo evidenciou uma taxa média de ocupação entre o período de abril a junho de 2002, que variou de 54,3% a 93,1% em uma das UCM, com ênfase na admissão de pacientes em cuidado intensivo, semi-intensivo e intermediário (LAUS; ANSELM, 2004).

A UCM recebeu um total de 224 transferências e registrou 99 óbitos e 893 altas no ano de 2019 (Tabela 4).

Tabela 4 - Saídas de pacientes da Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022

<b>Indicador</b>	<b>1º sem/2019</b>	<b>2º sem/2019</b>	<b>Total</b>
Transferência interna enviada (nº.)	96	128	224
Óbito institucional (nº.)	36	63	99
Alta (nº.)	441	452	893
Total	573	643	1.216

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Setor de Contratualização e Regulação do HC-UFTM, 2022



Estudo observacional realizado no ano de 2016 em hospitais de Minas Geral em uma UCM e em uma clínica cirúrgica evidenciou cerca de 17.721 internações, com 16.048 (90,6%) pacientes evoluindo para alta hospitalar e 1673 obtendo como desfecho o óbito hospitalar (GOMES, VOLPE; 2018).

As taxas de mortalidade no segundo semestre foram maiores, registrando 8,1 no ano (Tabela 5).

Tabela 5 - Taxas de mortalidade de pacientes da Unidade de Clínica Médica em 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022

<b>Indicador</b>	<b>1º sem/2019</b>	<b>2º sem/2019</b>	<b>Total</b>
Taxa de mortalidade (nº de óbito/período)	6,2	9,8	8,1
Taxa de mortalidade institucional (nº de óbitos em 24h)	6,2	9,8	8,1

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Setor de Contratualização e Regulação do HC-UFTM, 2022

Um estudo quantitativo de coorte retrospectivo, realizado com cerca de 6.179.859 pacientes admitidos nas clínicas médica e cirúrgica financiadas pelo SUS no Brasil no ano de 2007, identificou uma taxa de mortalidade equivalente a 5,5%, considerada como alta, quando comparada a outros anos (DIAS; MARTINS; NAVARRO, 2012).

### 5.3 PROCESSOS DE PRODUÇÃO NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

De forma geral, a estrutura produtiva da UCM voltada ao paciente com DCV envolve a prestação de assistência direta e indireta de diferentes níveis de complexidade, em todas as fases, ou seja, desde a admissão, período de internação e alta do paciente (Figura 17).

Figura 17 - Principais processos produtivos da Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Fonte: EBSEH, 2020d

Na admissão dos pacientes, em especial no pronto socorro, é preenchida uma ficha, que é entregue ao serviço SUSFÁCIL e, em seguida, sendo encaminhada ao serviço de prontuários. Na sequência o paciente é admitido, realizando-se o seu exame físico, exames diagnósticos, medicações e procedimentos, conforme solicitação médica (EBSEH, 2020e).

Já o transporte de pacientes em ambiente intra-hospitalar se inicia pela avaliação das condições e preparo do cliente, seguido do preparo do ambiente e dos equipamentos e por fim, pela transferência em si (EBSEH, 2021c).

No que se refere ao tratamento de pacientes em arritmias com evolução para parada cardiorrespiratória e intubação orotraqueal, estes necessitam de uma sequência de suporte básico de vida, seguida de ventilações, inserção do tubo orotraqueal e por fim, os cuidados pós parada-cardiorrespiratória (EBSEH, 2023b).

Em relação ao manejo de pacientes em óbito, especificamente, aqueles em suspeita ou diagnóstico de COVID-19 é preconizado pelo documento de rotina operacional padrão, em que se inicia na comunicação do familiar, seguido do manejo no preparo do corpo, obedecendo às mesmas recomendações para precauções adotadas para o manejo do paciente vivo, seguido da comunicação do óbito ao familiar e reconhecimento do corpo (EBSERH, 2022c).

Salienta-se a dificuldade em encontrar os protocolos dos demais processos produtivos da UCM.

É importante evidenciar que tais procedimentos apresentam custos hospitalares diretos e indiretos, com ênfase nos indiretos, o que corrobora uma revisão bibliográfica ao citar que os hospitais apresentem uma maior proporção de custos fixos caracterizados como aqueles que permanecem constantes, compreendendo então o risco operacional que os hospitais correm, visto que, uma pequena variação nas prestações de serviços pode gerar oscilações bruscas em lucros ou prejuízos (ABRAHÃO; ALBUQUERQUE, 2018).

No decorrer do processo produtivo da CM, podemos perceber a amplitude e diversidade de indivíduos envolvidos direta ou indiretamente neste processo de cuidar e, conseqüentemente, podemos perceber os custos diversos dentro deste processo. Para que ocorra com eficiência é necessário o trabalho e dedicação contínuos de toda uma equipe de multiprofissionais, além de múltiplos setores e unidades de apoio ao processo.

Durante a 1 admissão de paciente, 2 segurança do paciente, 3 assistência de paciente com cardiopatias, 4 cuidados com pacientes submetidos a angioplastia, 5 gestão de insumos e equipamentos, 6 gestão de recursos humanos, 7 cuidados em caso de óbito, 8 processo de alta do paciente, 9 cuidados com higiene, 10 cuidados de emergência, 11 assistência ventilatória, 12 assistência a paciente com arritmia, 13 assistência a pacientes com diagnósticos não cardíaco, 14 assistência a pacientes pré e pós operatório de cirurgia cardiovasculares, 15 transporte do paciente, é realizado o atendimento e acompanhamento contínuo pelos profissionais de enfermagem da UCM e outros profissionais vinculados a CM e a outras unidades do HC-UFTM/EBSERH seja de forma direta ou indireta. A este processo estão vinculados o atendimento contínuo de Enfermeiros, Médicos diversas especialidades, Fisioterapeutas, Biomédicos, Farmacêuticos, Assistente Social, Psicólogo, Dentista, Fonoaudiólogos, Nutricionista, técnicos de enfermagem, técnicos em farmácia,

técnicos em laboratórios, técnicos em nutrição, técnicos em radiologia, técnicos em necropsia, além de todo setor e/ou unidade administrativa do HC-UFTM/EBSERH.

O processo produtivo nos mostra a complexidade para mensuração dos custos do paciente na UCM, podendo ser diretos e indiretos, fixos e variáveis:

a) Custos hospitalares diretos:

- Salários: encargos sociais, benefícios;
- Materiais: medicamentos, materiais médicos, alimentícios, materiais de limpeza, lavanderia, gerais que correspondem a depreciação, manutenção de terceiros.

b) Custos hospitalares indiretos:

- Energia elétrica, água, seguros, telefone, aluguéis, impostos;
- Custos fixos: aqueles que permanecem constantes, em determinado intervalo, não variando com o volume de atividade. Por exemplo, aluguel de prédio, contratos de manutenção de equipamentos;
- Custos variáveis: são aqueles que se alteram de acordo com o volume da atividade (serviços prestados) dependendo da quantidade de procedimentos realizados no determinado mês, como aquisição de cateteres duplo lúmem para UCM.

Dentre esses tipos de custos, devido à grande complexidade organizacional da CM, bem como a diversidade de outras clínicas que são ali atendidas, foi considerada uma estimativa de custos por rateio, alguns específicos da CM, outros específicos por procedimentos ou por pacientes com CID-10 do capítulo IX: Doenças do Aparelho Circulatório.

Também foram identificados os principais procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados em pacientes com DCV, atendidos em algum momento na CM, segundo os códigos do SIGTAP do SUS (Quadro 7).

Quadro 7 - Procedimentos voltados para o paciente com doença referente ao Capítulo IX do CID-10 (Doenças do Aparelho Circulatório)

	<b>Código do procedimento</b>	<b>Procedimentos realizados</b>
<b>Diagnóstico</b>	211020010	Cateterismo cardíaco
	211020036	Eletrocardiograma
	211020044	Monitoramento pelo sistema holter 24 hs (3 canais)
	211020052	Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA)
	211020060	Teste de esforço / teste ergométrico
<b>Clínico</b>	301060070	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica
	301060088	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica
	303040149	Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)
	303060018	Tratamento de aneurisma da aorta
	303060026	Tratamento de arritmias
	303060034	Tratamento de cardiopatia hipertrófica
	303060042	Tratamento de cardiopatia isquêmica crônica
	303060069	Tratamento de choque cardiogênico
	303060077	Tratamento de choque hipovolêmico
	303060093	Tratamento de complicações de dispositivos protéticos implantados e enxertos cardíacos e valvulares
	303060107	Tratamento de crise hipertensiva
	303060158	Tratamento de endocardite infecciosa em prótese valvar
	303060166	Tratamento de endocardite infecciosa em válvula nativa
	303060174	Tratamento de hipertensão pulmonar
	303060190	Tratamento de infarto agudo do miocárdio
	303060204	Tratamento de insuficiência arterial com isquemia crítica

	<b>Código do procedimento</b>	<b>Procedimentos realizados</b>
<b>Clínico</b>	303060212	Tratamento de insuficiência cardíaca
	303060239	Tratamento de miocardiopatias
	303060247	Tratamento de outras vasculopatias
	303060255	Tratamento de parada cardíaca com ressuscitação
	303060271	Tratamento de pericardite
	303060280	Tratamento de síndrome coronariana aguda
	303060298	Tratamento de trombose venosa profunda
	303060301	Tratamento de varizes dos membros inferiores c/ ulcera
	303140062	Tratamento de cardiopatia pulmonar não especificada (cor pulmonale)
	303140119	Tratamento de outras doenças da pleura
	303160063	Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal
<b>Cirúrgico</b>	403010098	Derivação ventricular extemar-subgaleal externa
	403010101	Derivação ventricular para peritônio / átrio / pleura / raque
	403010160	Retirada de derivação ventricular para peritônio / átrio / pleura / raque
	403010187	Revisão de derivação ventricular para peritônio / átrio / pleura / raque
	403040051	Microcirurgia para malformação arteriovenosa cerebral
	403040078	Microcirurgia vascular intracraniana (com técnica complementar)
	403040094	Microcirurgia para aneurisma da circulação cerebral anterior maior que 1,5 cm
	403040116	Microcirurgia p/ara aneurisma da circulação cerebral anterior menor que 1,5 cm
	403040124	Microcirurgia para aneurisma da circulação cerebral posterior menor que 1,5 cm

	<b>Código do procedimento</b>	<b>Procedimentos realizados</b>
<b>Cirúrgico</b>	403070040	Embolização de aneurisma cerebral maior que 1,5 cm com colo estreito
	406010102	Cardiorrafia
	406010188	Correção de coarctação da aorta
	406010412	Correção de persistência do canal arterial no recém-nascido
	406010510	Drenagem c/ biopsia de pericárdio
	406010587	Implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso
	406010609	Implante de cardioversor desfibrilador (CDI) multi-sítio transvenoso
	406010633	Implante de marcapasso cardíaco multi-sítio transvenoso
	406010650	Implante de marcapasso de câmara dupla transvenoso
	406010676	Implante de marcapasso de câmara única transvenoso
	406010684	Implante de marcapasso temporário transvenoso
	406010692	Implante de prótese valvar
	406010765	Pericardiectomia parcial
	406010773	Pericardiocentese
	406010820	Plástica valvar e/ou troca valvar múltipla
	406010846	Reconstrução da raiz da aorta c/ tubo valvado
	406010862	Reposicionamento de eletrodos de marcapasso
	406010900	Ressecção de tumor intracardíaco
	406010927	Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea
	406010935	Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)
	406010951	Revascularização miocárdica s/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)
	406011036	Troca de eletrodos de marcapasso de câmara dupla

	<b>Código do procedimento</b>	<b>Procedimentos realizados</b>
<b>Cirúrgico</b>	406011109	Troca de gerador de cardio-desfibrilador de câmara única / dupla
	406011117	Troca de gerador de cardio-desfibrilador multi-sítio
	406011125	Troca de gerador de marcapasso de câmara dupla
	406011133	Troca de gerador de marcapasso de câmara única
	406011141	Troca de gerador de marcapasso multi-sítio
	406011168	Troca de gerador e de eletrodos de cardio-desfibrilador
	406011184	Troca de gerador e de eletrodos de marcapasso de câmara dupla
	406011206	Troca valvar c/ revascularização miocárdica
	406020043	Aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal
	406020078	Implantação de cateter de longa permanência semi ou totalmente implantável (procedimento principal
	406020124	Embolectomia arterial
	406020302	Plastia arterial com remendo (qualquer técnica)
	406020345	Ponte femoro-femural cruzada
	406020361	Ponte-tromboendarterectomia aorto-ilíaca
	406020370	Ponte-tromboendarterectomia de carótida
	406020388	Ponte-tromboendarterectomia iliaco-femural
	406020426	Revascularização do membro superior
	406020434	Revascularização por ponte / tromboendarterectomia de outras artérias distais
	406020442	Revascularização por ponte / tromboendarterectomia femuro-poplíteia distal
	406020515	Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas de membro inferior unilateral
		Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas de membro superior unilateral
	406020531	0406020540 tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas do abdômen



	<b>Código do procedimento</b>	<b>Procedimentos realizados</b>
<b>Cirúrgico</b>	406020566	Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)
	406020590	Trombectomia do sistema venoso
	406030014	Angioplastia coronariana
	406030022	Angioplastia coronariana c/ implante de dois <i>stents</i>
	406030030	Angioplastia coronariana com implante de <i>stent</i>
	406030049	Angioplastia coronariana primária
	406030065	Angioplastia em enxerto coronariano
	406040010	Alcoolização percutânea de hemangioma e malformação venosas (inclui estudo angiográfico)
	406040028	Angioplastia intraluminal de aorta, veia cava / vasos ilíacos (com <i>stent</i> )
	406040044	Angioplastia intraluminal de aorta, veia cava / vasos ilíacos (sem <i>stent</i> )
	406040052	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (sem <i>stent</i> )
	406040060	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (com <i>stent</i> não recoberto)
	406040079	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (com <i>stent</i> recoberto)
	406040087	Angioplastia intraluminal de vasos do pescoço / troncos supra aórticos (sem <i>stent</i> )
	406040095	Angioplastia intraluminal de vasos do pescoço ou troncos supra aórticos (com <i>stent</i> não recoberto)
	406040109	Angioplastia intraluminal de vasos viscerais com <i>stent</i> não recoberto
	406040133	Angioplastia intraluminal dos vasos do pescoço / troncos supra aórticos (com <i>stent</i> recoberto)
	406040141	Colocação percutânea de filtro de veia cava (na trombose venosa periférica e embolia pulmonar)
	406040168	Correção endovascular de aneurisma / dissecção da aorta abdominal e ilíacas com endoprótese bif

	<b>Código do procedimento</b>	<b>Procedimentos realizados</b>
<b>Cirúrgico</b>	406040192	Embolização arterial de hemorragia digestiva (inclui procedimento endoscópico e/ou estudo angiogr
	406040320	Tratamento endovascular de fistulas arteriovenosas
	406040338	Tratamento endovascular do pseudoaneurisma
	406050015	Estudo eletrofisiológico diagnóstico
	406050023	Estudo eletrofisiológico terapêutico i (ablação de <i>flutter</i> atrial)
	406050040	Estudo eletrofisiológico terapêutico i (ablação de taquicardia por reentrada nodal de vias anômalas
	406050058	Estudo eletrofisiológico terapêutico I (ablação do nódulo <i>archov-tawara</i> )
	406050066	Estudo eletrofisiológico terapêutico II (ablação das vias anômalas múltiplas)
	407010270	Tratamento cirúrgico de acalasia (cardiomioplastia)

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do SIGTAP, 2022

Com o conhecimento sobre a estrutura produtiva, foram levantadas informações sobre os fornecedores e os insumos dispensados à UCM (Quadro 8), bem como direto do AGHU-Sistema Relatórios: Suprimentos-Consumo por período.

Quadro 8 - Insumos utilizados na Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com seus respectivos fornecedores

<b>Insumos dispensados</b>	<b>Fornecedores</b>
Medicamentos	Farmácia
Materiais de consumo	Almoxarifado
Materiais consignados	Consignado
Dietas	Nutrição
Materiais estéreis	Central de materiais estéreis
Equipamentos médicos	Central de equipamentos
Enxovais	Hotelaria

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Com base nas informações obtidas, foi possível entrar em contato com os setores/unidades fornecedores para identificação dos gastos com insumos.

Estudo descritivo realizado em um hospital nacional descreve que a logística e os suprimentos hospitalares designados por meio da estrutura produtiva, quando bem geridos, tornam-se um apoio relevante e eficaz em conjunto com os recursos humanos, ocasionando um impacto positivo na assistência aos pacientes internados na UCM (ALCÂNTARA, 2016).

Ainda, complementa que uma instituição de saúde, especificamente a UCM apresenta uma alta complexidade por funcionar 365 dias por ano, 24 horas por dia, o que evidencia a necessidade de uma extensa organização interna distribuída por sistemas e subsistemas caracterizados pelo setor de armazenagem e distribuição (ALCÂNTARA, 2016).

#### 5.4 FATURAMENTO E CUSTOS DO HC-UFTM

A seguir, serão abordados os detalhes do faturamento e dos custos do HC-UFTM.

##### 5.4.1 Faturamento

O Faturamento Hospitalar é o setor de maior importância para Administração Financeira dentro de um hospital, seja ele público ou privado, pois neste setor todos os procedimentos e prestação de serviços realizados ao paciente e na população são transformados em moeda corrente (MAURIZ, 2012).

A contratualização é estabelecida pelo Termo de Convênio entre HC e Gestor SUS, sendo sustentado entre Superintendência, GAS e as Unidades Assistenciais, que são as unidades que fornecem a produtividade.

Os Contratos Internos de Gestão (CIG) fundamentados através da contratualização têm como objetivos e metas as necessidades indicadas pela instituição, sendo mecanismo de ação para metas e indicadores contratualizados com o gestor SUS; por este motivo o senso de pertencimento e a corresponsabilidade são fundamentais entre todos os integrantes das Unidades Assistenciais.

O CIG é fundamental para aperfeiçoar os processos para alcance das metas qualitativas pactuadas no Termo de Convênio, fortalecendo a participação de todas as áreas envolvidas e realizando a avaliação de todas as atividades.

Para analisar o desempenho, interpreta-se a produtividade entre 80% e 100% do quantitativo mensal referente a cada subgrupo de procedimentos, e quando não atingem os percentuais, são demonstrados detalhadamente.

São considerados os dados de produção para realizar a análise de desempenho das metas quantitativas aqueles adquiridos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do SIH, referentes à produção dos serviços ofertados pelo HC-UFTM filial EBSEH.

O registro, gerenciamento e apresentação de indicadores pertencerá a Unidade Assistencial para efetuar o monitoramento mensal através da Unidade de Contratualização e Comissão específica para tal finalidade, conforme diretrizes estabelecidas em Regimento Interno.

O SUS atende mais de 200 milhões de pessoas, com o sistema totalmente gratuito; 80% das pessoas são exclusivamente dependentes deste atendimento. Sua receita provém de impostos e contribuições visando o atendimento da universalidade e da integralidade, sendo previsto que é direito de todos e dever do Estado, porém não garantido o financiamento compatível com a universalidade, mesmo estando na Constituição (MENDES, 2013).

Por meio do SUS, o governo atua como agente financiador, administrando os gastos referentes à saúde pública e valores de serviços e procedimentos que são realizados. Utilizando como base a tabela de procedimento do MS, realiza-se o reembolso dos hospitais e clínicas públicas e privadas. Por isso, faz-se necessário o controle dos gastos e melhoria dos processos, pois a receita dos serviços hospitalares é uma variável que depende da regulamentação governamental (MARTINS; ÁVILA; MASSUDA, 2003).

O vigente Termo de Convênio SUS do HC-UFTM/EBSEH tem de um lado o Município de Uberaba, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº 18.428.839/0019-10, e, de outro, a EBSEH, empresa pública federal, inscrita no CNPJ sob nº 15.126.437/0001-43; estabelece valor anual estimado para a execução do presente Termo de Convênio no importe de R\$71.817.235,01 (setenta e um milhões, oitocentos e dezessete mil,

duzentos e trinta e cinco reais e um centavo), conforme programação orçamentária especificada no Quadro 9 (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2021).

Quadro 9 - Programação orçamentária contratualizada via Termo de Convênio entre a EBSEH e o Município de Uberaba em 2021

<b>Programação Orçamentária</b>		
<b>Pré-Fixado</b>	<b>Mensal R\$</b>	<b>Anual R\$</b>
Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC e PT 2220/2008)	R\$ 2.368.214,53	R\$ 28.418.574,30
<b>Incentivos</b>	<b>Mensal R\$</b>	<b>Anual R\$</b>
FIDEPS - (PPI 090622 - Repasse FIDEPS para MAC AIH MC Próprio)	R\$ 350.000,00	R\$ 4.200.000,00
REHUF (PT GM 1929 de 19/07/2010) - (PPI - 0905 - Incentivos)	R\$ 277.836,34	R\$ 3.334.036,04
IAC (PT 907 14/06/2005 - 2698 23/12/2004 - 3132/2008) - (PPI - 0905 - Incentivos)	R\$ 202.714,56	R\$ 2.432.574,67
Interministerial PT 1322/2005 (PPI 090580 - Incentivo Hospitalar)	R\$ 139.125,00	R\$ 1.669.500,00
Rede Cegonha - Portaria GM 3357 de 17/12/2019	R\$ 56.879,17	R\$ 682.550,00
<b>Subtotal dos Incentivos</b>	<b>R\$ 1.026.555,07</b>	<b>R\$ 12.318.660,71</b>
<b>Total Pré-Fixado</b>	<b>R\$ 3.394.769,58</b>	<b>R\$ 40.737.235,01</b>
<b>Pós-Fixado</b>	<b>Mensal R\$</b>	<b>Anual R\$</b>
Alta Complexidade	R\$ 1.840.000,00	R\$ 22.080.000,00
FAEC	R\$ 750.000,00	R\$ 9.000.000,00
<b>Total Pós-Fixado</b>	<b>R\$ 2.590.000,00</b>	<b>R\$ 31.080.000,00</b>
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.984.769,58</b>	<b>R\$ 71.817.235,01</b>

Fonte: Termo de Convênio - HC-UFTM/EBSEH e Município de Uberaba

Os recursos previstos no Quadro 9 são repassados ao HC-UFTM/EBSERH, conforme Termo de Convênio, da seguinte forma: I. Valor Pré-Fixado: composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e incentivos financeiros (federal, estadual e municipal) a) Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, terá seu repasse mensal vinculado ao cumprimento das metas qualitativas discriminadas no Documento Descritivo ; b) Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado, terá seu repasse mensal vinculado ao cumprimento das metas quantitativas discriminadas no Documento Descritivo; II. Valor Pós-Fixado: composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) e pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de estimativa da meta física (quantitativa) e remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante.

De acordo com o item 8.1, §4, se o hospital não atingir pelo menos 50% das metas quali-quantitativas pactuadas por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados, terá o Documento Descritivo revisado, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, definido o prazo máximo de 02 (dois) meses como limite para a apresentação de novo Documento Descritivo, pactuado entre o gestor e o estabelecimento hospitalar; e §5º, se o percentual de cumprimento das metas quantitativas for superior a 100% por 12 (doze) meses consecutivos, servirá de parâmetro para o cálculo dos incentivos e da série histórica, visando eventualmente o realinhamento futuro do convênio, para reavaliação das metas do Documento Descritivo e dos valores contratuais, com vistas ao reajuste, mediante termo aditivo, aprovação do gestor local do SUS e disponibilidade orçamentária, bem como cumprimento de 100% (cem por cento) das metas qualitativas (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2021).

Segundo consta no Relatório de Gestão da Gerência Administrativa do ano de 2019, o HC-UFTM/EBSERH tem cumprido 100% das metas qualitativas e mais de 100% das metas quantitativas, o que tem possibilitado ao HC-UFTM margem para negociação com vistas à melhoria nos valores contratualizados (EBSERH, 2019a).

A partir do Painel Interativo sobre informações orçamentárias e financeiras dos HUF, informado no Site do MEC/EBSERH, foi possível verificar para o ano de 2019, referente às despesas empenhadas com custeio, exceto investimento, no HC-UFTM, um valor de R\$ 77.619.260,37 (EBSERH, 2019b). Desse montante empenhado,

referente ao custeio do HC-UFTM, R\$ 29.341.831,66 (37,8%) destinam-se à materiais médicos e, quanto à origem dos recursos, tem-se R\$ 67.419.517,43 (86,9%) originários do FNS (Quadro 10).

Quadro 10 - Despesas empenhadas, segundo o tipo de despesa, a origem dos recursos e destinação das despesas, no ano de 2019 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

<b>Despesas Empenhadas - Exceto Investimentos</b>	<b>Valor (R\$)</b>	<b>%</b>
Material Médico	R\$ 29.341.831,66	37,8
Terceirização	R\$ 14.243.953,21	18,4
Limpeza & Conservação	R\$ 12.719.017,47	16,4
Manutenção	R\$ 7.400.474,97	9,5
Alimentação & Cozinha	R\$ 5.857.000,80	7,5
Outras Despesas	R\$ 5.098.681,82	6,6
Água, Luz, Esgoto e Telefonia	R\$ 2.893.096,07	3,7
Vigilância & Segurança	R\$ 65.204,37	0,1
<b>Total</b>	<b>R\$ 77.619.260,37</b>	<b>100</b>
<b>Origem Dos Recursos</b>		
EBSERH	R\$ 8.951.956,09	11,5
FNS	R\$ 67.419.517,43	86,9
MEC	R\$ 1.247.786,85	1,6
<b>Total</b>	<b>R\$ 77.619.260,37</b>	<b>100</b>
<b>Destinação Das Despesas</b>		
Receita SUS	R\$ 58.322.011,45	75,1
REHUF	R\$ 17.227.256,97	22,2
Gestão Direta	R\$ 1.982.567,96	2,6
Outras Ações	R\$ 87.423,99	0,1
<b>Total</b>	<b>R\$ 77.619.260,37</b>	<b>100</b>

Fonte: Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras-EBSERH

A partir dos dados da Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial - Ano de 2019 (via Tabwin), constata-se um faturamento no valor total de R\$ 30.561.448,46 referente à 12.582 procedimentos de internações, sendo 10.489

(83,4%) procedimentos de média complexidade no valor de R\$ 16.367.994,71 (53,6%) e 2.093 (16,6%) procedimentos de alta complexidade no valor de R\$ 14.193.453,75 (46,4%).

Estratificando o faturamento segundo os tipos de procedimentos realizados na internação, verifica-se dentre os R\$ 16.367.994,71 faturados em procedimentos de média complexidade, R\$ 9.078.151,26 (55,5%) foram referentes à procedimentos clínicos e R\$ 7.279.684,42 (44,5%) à procedimentos cirúrgicos. Enquanto dos R\$ 14.193.453,75 faturados em procedimentos de alta complexidade, R\$ R\$ 13.407.128,67 (94,49%) foram referentes à procedimentos cirúrgicos, R\$ 442.185,03 (3,1%) à transplantes, R\$ 341.901,67 (2,4%) à procedimentos clínicos e R\$ 2.238,38 (0,01%) referentes a procedimentos diagnósticos (Quadro 11).

Quadro 11 - Faturamento segundo a complexidade e o tipo de procedimento realizado na internação no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro no ano de 2019

Procedimentos Realizados	Média complexidade		Alta complexidade		Total	
	Qde.	Valor (R\$)	Qde.	Valor (R\$)	Qde.	Valor (R\$)
Diagnóstico	18	R\$ 10.159,03	3	R\$ 2.238,38	21	R\$ 12.397,41
Clínico	5.347	R\$ 9.078.151,26	225	R\$ 341.901,67	5.572	R\$ 9.420.052,93
Cirúrgico	5.124	R\$ 7.279.684,42	1.759	R\$ 13.407.128,67	6.883	R\$ 20.686.813,09
Transplantes de órgãos, tecidos e células	0	R\$ -	106	R\$ 442.185,03	106	R\$ 442.185,03
<b>Total</b>	<b>10.489</b>	<b>R\$ 16.367.994,71</b>	<b>2.093</b>	<b>R\$ 14.193.453,75</b>	<b>12.582</b>	<b>R\$ 30.561.448,46</b>

Fonte: Tabwin - Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial



Analisando o faturamento segundo os capítulos do CID-10, dos 12.582 procedimentos de internação realizados e valor faturado de R\$ 30.561.448,46, verifica-se 17,1% (2.150) desses procedimentos referentes às Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo IX da CID-10) e 40,5% do faturamento total (R\$ 12.387.877,28). Dos 10.489 procedimentos de média complexidade o Capítulo IX da CID-10 representa 10,0% dos procedimentos realizados (1.052) e 13,2% do valor faturado (R\$ 2.155.250,48), enquanto dos 2.093 procedimentos de alta complexidade o Capítulo IX da CID-10 representa 52,5% dos procedimentos realizados (1.098) e 72,1% do valor faturado (R\$ 10.232.626,80) (Figura 18).

Figura 18 - Faturamento segundo a complexidade e o capítulo da CID-10 da internação no do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro no ano de 2019

Cap.	Capítulo CID-10	CID-10	Complexidade				Total	
			Média		Alta			
			Qde.	Valor (R\$)	Qde.	Valor (R\$)	Qde.	Valor (R\$)
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99	551	R\$ 2.142.838,22	119	R\$ 177.356,42	670	R\$ 2.320.194,64
II	Neoplasmas [tumores]	C00-D48	649	R\$ 507.262,82	370	R\$ 1.439.528,98	1019	R\$ 1.946.791,80
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89	212	R\$ 111.502,66	1	R\$ 7.256,23	213	R\$ 118.758,89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90	187	R\$ 157.713,30	15	R\$ 61.625,60	202	R\$ 219.338,90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99	12	R\$ 16.784,23	0	R\$ -	12	R\$ 16.784,23
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99	326	R\$ 562.021,06	23	R\$ 109.730,15	349	R\$ 671.751,21
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59	81	R\$ 128.719,10	77	R\$ 213.788,93	158	R\$ 342.508,03
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95	5	R\$ 1.815,66	0	R\$ -	5	R\$ 1.815,66
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99	1052	R\$ 2.155.250,48	1098	R\$ 10.232.626,80	2150	R\$ 12.387.877,28
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99	576	R\$ 1.518.272,05	17	R\$ 49.832,70	593	R\$ 1.568.104,75
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93	1360	R\$ 2.228.984,96	6	R\$ 21.862,95	1366	R\$ 2.250.847,91
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99	267	R\$ 162.490,20	1	R\$ 4.918,83	268	R\$ 167.409,03
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99	223	R\$ 199.381,60	69	R\$ 252.993,57	292	R\$ 452.375,17
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99	724	R\$ 647.799,64	24	R\$ 304.532,23	748	R\$ 952.331,87
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99	1771	R\$ 1.310.080,37	0	R\$ -	1771	R\$ 1.310.080,37
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96	244	R\$ 1.870.857,38	0	R\$ -	244	R\$ 1.870.857,38
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99	101	R\$ 172.257,35	30	R\$ 129.856,85	131	R\$ 302.114,20
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99	278	R\$ 288.398,76	6	R\$ 6.023,85	284	R\$ 294.422,61
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98	1761	R\$ 2.139.903,70	207	R\$ 1.120.498,90	1968	R\$ 3.260.402,60
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99	109	R\$ 45.661,17	30	R\$ 61.020,76	139	R\$ 106.681,93
	<b>TOTAL</b>		<b>10489</b>	<b>R\$ 16.367.994,71</b>	<b>2093</b>	<b>R\$ 14.193.453,75</b>	<b>12582</b>	<b>R\$ 30.561.448,46</b>

Fonte: Tabwin - Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial

### 5.4.2 Custos

Custos hospitalares são considerados serviços fundamentais para o faturamento, pois este setor fica com a imensa responsabilidade de organização e o minucioso trabalho de revisão de prontuários para certificar que todos os itens utilizados constem descritos de forma adequada, para que os repasses dos recursos sejam efetivados e garantidos (UFTM, 2021).

Atualmente não é realizada a apuração de custos no HC-UFTM, o que se faz é o faturamento via apuração dos procedimentos realizados a partir da análise dos prontuários para posterior relação e construção da série histórica dos itens contratualizados.

No entanto, encontra-se em fase de implantação o ApuraSUS caracterizado como um sistema de apuração de custos no HC-UFTM. Nessa fase, o hospital aderiu a utilização de um manual para aperfeiçoar a gestão e orientar os usuários na utilização desse sistema (BRASIL, 2019). O manual auxilia e proporciona informações para importantes tomadas de decisões para os gestores das unidades de saúde; portanto, a experiência do gestor é fundamental para o processo de trabalho e utilização de qualquer ferramenta e o intuito do manual é facilitar a compreensão, manuseio do sistema e a utilização de forma clara e segura (BRASIL, 2019).

O hospital espera que o manual/sistema auxilie os gestores de custo e/ou gerentes de custo na prática e manuseio diário da ferramenta por meio da demonstração das funcionalidades do sistema, subsidiando a tomada de decisões, melhorando a gestão dos recursos financeiros, assim como, atendendo os usuários com qualidade (BRASIL, 2019).

Vale ressaltar que os custos de um setor aumentam à medida que se utilizam de aparatos tecnológicos e complexos, com a intencionalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, o que implica na redução da mortalidade, aumento na longevidade e conseqüentemente, no uso de serviços de saúde por mais tempo ocasionando o aumento dos custos em saúde (ABRAHÃO; ALBUQUERQUE, 2018).

Os custos relacionados ao paciente assistido na UCM nem sempre são mensurados como custo final desta unidade, pois este paciente pode ter origem primária de vários outros setores e/ou unidades. Pode ser vindo via ambulatorial, via PSA ou via transferência da Hemodinâmica ou CTI coronariana após ter realizado um procedimento específico cardiológico, como por exemplo um cateterismo de fim

diagnóstico ou até mesmo pré-operatório. É importante citar que vários casos de pacientes cardiopatas são internados no setor/unidade da Clínica Cirúrgica, seja para realizar procedimentos cardíacos ou para procedimentos diagnósticos pré-operatórios relacionados com a especialidades de cardiologia. Portanto, o paciente cardíaco muitas vezes não está sendo assistido na UCM, porém, pode estar em outra unidade e ser acompanhado pela especialidade de CM, assim como estar na CM e ser acompanhado pela especialidade de cardiologia, como as demais, conforme a necessidade avaliada pelo profissional médico que o acompanha.

Neste sentido, os custos com este paciente são na UCM, assim como em todos os setores/unidades de apoio.

Quanto ao perfil de custos da UCM, não foi possível apurar o custo do paciente com DCV, com precisão ao nível do paciente, da internação ou por procedimento; no entanto, foi possível apurar uma estimativa do custo da UCM, a partir de informações oriundas de fontes múltiplas, visto que não existe um único setor ou unidade atuante na oferta de serviços e/ou materiais, não sendo identificado centro de custos estruturado e específico para a CM.

Dessa forma, são apresentadas informações referentes aos custos da UCM obtidos de forma direta (planilhas e documentos do próprio setor) ou indiretamente (cálculos para obtenção da estimativa de custo).

#### 5.4.2.1 Custo Direto - Encargos e salários

Quanto aos custos com encargos e salários da equipe lotada na CM, constata-se, a partir dos dados da Pró-Reitoria de Recursos Humanos (PRORH) da UFTM e DIVGP da EBSEERH, um custo total apurado de R\$ 6.468.923,49 entre servidores RJU e funcionários públicos EBSEERH, conforme mostra o Quadro 12.

Quadro 12 - Salários e encargos referentes a equipe de profissionais lotada na Unidade de Clínica Médica no ano de 2019

Vínculo	Salários	Encargos	Total
RJU*	R\$ 1.846.440,12	R\$ 394.957,44	R\$ 2.241.397,56
EBSEERH**	R\$ 3.163.368,70	R\$ 1.064.157,23	R\$ 4.227.525,93
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.009.808,82</b>	<b>R\$ 1.459.114,67</b>	<b>R\$ 6.468.923,49</b>

Fonte: \*PRORH(UFTM); \*\*DIVGP(EBSEERH)

Considerando como referência os dados fornecidos pelo STCOR, tem-se 9.025 pacientes/internações que em algum momento passaram pela CM. Segundo dados fornecidos pelo relatório de internações do AGHU, 2.207 são internações referentes às doenças do aparelho circulatório, sendo 927 originárias da própria CM e as demais de outras clínicas. Neste sentido, pode-se estimar um custo médio por paciente/internação de R\$716,8 ( $R\$ 6.468.923,49/9.025=716,8$ ). Com custo total das internações referente às doenças do aparelho circulatório de R\$1.581.929,5 e específica da CM de R\$664.453,4.

O presente estudo, demonstrou um aumento no custo referente a internações no SUS e uma diminuição no quantitativo de pacientes, portando planos de saúde. Além disso, notou-se que pacientes com DCV apresentam um grande impacto nos custos das instituições. Estudo publicado em 2020 identificou que houve um aumento nos investimentos em serviços de saúde, como também, uma elevação significativa na incidência de indivíduos que evoluíram para óbito em decorrência de DCV (YOSHINO, 2020).

Pesquisa refere que a muito tempo fala-se em custos referentes às DCV, que representam um custo elevado para o serviço público em saúde; os gastos em 2007 chegaram a cerca de 1.155.489 internações por esta comorbidade, visto que ocorreram mais de 90.000 óbitos (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Já um estudo publicado em 2021 destacou que o custo das internações provenientes das doenças do capítulo IX do CID 10 foi igual a R\$11.206.185,00, ocasionando um grande impacto para a saúde pública em Minas Gerais, bem como, identificou uma elevada taxa de mortalidade, com 52.099 óbitos, entre os anos de 2012 e 2016 (ALENCAR *et al.*, 2021).

#### *5.4.2.2 Custo Fornecedor - Serviço de Nutrição e Dietética*

O Serviço de Nutrição e Dietética não dispõe de dados referentes aos custos das dietas oferecidas para a UCM de forma individualizada, apenas do custo total do HC-UFTM. No entanto, a partir dos dados fornecidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética do HC-UFTM, foi possível apurar o quantitativo e custo referente às refeições (lanche, almoço, jantar e enteral) entregue para o HC-UFTM e para a CM.

No ano de 2019 foram entregues 956.399 refeições no total do HC-UFTM com 69.857 (7,3%) refeições entregues na CM. O custo total dessas refeições foi de

R\$6.980.394,50 e na CM foi de R\$ 510.721,02. O custo médio por refeição foi de R\$7,30 (Quadro 13).

Quadro 13 - Quantitativo e valores das refeições entregues no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e na Unidade de Clínica Médica no ano de 2019

Mês	Refeições				
	Clínica Médica		HC-UFTM		Valor Médio (R\$)
	Qde.	Valor (R\$)	Qde.	Valor (R\$)	
1	5343	R\$ 38.154,98	80745	R\$ 576.609,40	R\$ 7,14
2	4494	R\$ 33.926,67	74330	R\$ 561.141,40	R\$ 7,55
3	5603	R\$ 39.418,97	83221	R\$ 585.487,50	R\$ 7,04
4	5174	R\$ 39.122,22	81955	R\$ 619.687,20	R\$ 7,56
5	5505	R\$ 38.173,53	90467	R\$ 627.328,70	R\$ 6,93
6	5083	R\$ 36.699,18	83243	R\$ 601.013,10	R\$ 7,22
7	5969	R\$ 43.691,25	84062	R\$ 615.308,00	R\$ 7,32
8	7021	R\$ 49.551,95	81561	R\$ 575.631,20	R\$ 7,06
9	7044	R\$ 51.953,94	76779	R\$ 566.293,50	R\$ 7,38
10	6978	R\$ 53.652,03	73679	R\$ 566.498,70	R\$ 7,69
11	5821*	R\$ 45.057,99	72546	R\$ 561.510,50	R\$ 7,74
12	5821*	R\$ 41.318,31	73811	R\$ 523.885,30	R\$ 7,10
<b>Total</b>	<b>69857</b>	<b>R\$ 510.721,02</b>	<b>956399</b>	<b>R\$ 6.980.394,50</b>	<b>R\$ 7,30</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados fornecidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética do HC-UFTM, 2022

\*Valor estimado pela média dos meses anteriores.

Considerando o custo médio por refeição de R\$7,30, o tempo médio de internação de 6,4 dias por paciente na CM (Tabela 2) e que em média cada paciente recebe 3 refeições diárias, tem-se uma estimativa de R\$140,20 por internação ( $6,4 \times 3 \times R\$7,30 = R\$ 140,20$ ). Tem-se um montante estimado para refeições dos pacientes/internações do Capítulo IX da CID-10, no valor de R\$309.421,40 ( $R\$140,20 \times 2.207 = R\$ 309.421,40$ ).

A dieta é sempre caracterizada como causa de discussões, fragilidades e críticas por apresentarem inúmeras rejeições dos pacientes e dos próprios acompanhantes em decorrência do gosto, temperatura e horário a serem servidas.

Estudo complementa que o oferecimento da dieta não se limita ao processo, mas sim, vai desde a recepção da matéria prima até o oferecimento de um garfo, além disso, não se limita apenas a ser uma fonte de nutrição que promove energia, vitalidade e saúde (DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010).

Uma pesquisa qualitativa acrescenta que os custos com dietas possuem relação direta com o estado nutricional do paciente pois, pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição possuem uma tendência de permanecer no hospital por mais dias, o que acarreta maiores custos não somente com a dieta como também com outros serviços (GARCIA, 2006).

O estudo ainda complementa que para reduzir os custos na internação, assim como as complicações clínicas e mortalidade dos pacientes, faz-se necessário implantar práticas que investiguem o estado nutricional e o monitorem durante o período de internação a fim de intervir precocemente por meio de ações que minimizem o quadro de desnutrição dos pacientes (GARCIA, 2006).

Quando falamos em custo de dieta hospitalar, devemos pensar na amplitude deste processo de trabalho, por abranger desde insumos até a validade dos produtos, podendo gerar grandes prejuízos por falta de planejamento adequado.

Estudos envolvendo produtos com alta perecibilidade são indispensáveis, tais como fluxos de nutrição e sangue, pois, a perecibilidade deve ser levada em consideração por acarretar custos por obsolescência ou custos de falta ocasionando prejuízos que podem ir além da parte financeira, caracterizados pelo óbito. Tais gastos podem chegar a um milhão de dólares por ano e estes poderiam ser evitados com a integração de métodos que enfoquem a questão da expiração da validade de produtos, como por exemplo o 'estoque por restrições' (ALEMSAN, 2020; KOCHAK; SHARMA, 2015).

#### *5.4.2.3 Custo - Fornecedor: Farmácia*

A devolutiva do setor de Farmácia do HC-UFTM foi em formato de PDF, referente aos relatórios mensais de movimentação de medicamentos e suprimentos dispensados à UCM, em 2019. Foram disponibilizados dois documentos PDF: um referente aos medicamentos prescritos e outro com detalhamento do consumo sintético de materiais (suprimentos).

A descrição dos medicamentos é mensal e inclui o nome do medicamento, quantidade, valor unitário e valor total, já o detalhamento dos suprimentos traz o nome do material, código, unidade, quantidade, consumo médio, valor e percentual. A Tabela 6 mostra os gastos individuais de medicamentos e suprimentos, bem como o valor total.

Tabela 6 - Custos da Unidade de Clínica Médica em 2019 com insumos dispensados pelo Setor de Farmácia. Uberaba, MG, Brasil, 2022

Mês	Valor Medicação	Valor Suprimento	Total
	(R\$)	(R\$)	
Janeiro	58.168,74	64.942,75	123.111,49
Fevereiro	31.529,58	36.511,52	68.041,10
Março	36.692,03	49.630,85	86.322,88
Abril	32.430,66	75.232,15	107.662,81
Maio	34.645,59	51.502,86	86.148,45
Junho	49.147,38	54.457,70	103.605,08
Julho	58.906,49	22.688,32	81.594,81
Agosto	83.253,11	175.657,45	258.910,56
Setembro	41.095,24	78.797,68	119.892,92
Outubro	36.020,51	89.118,62	125.139,13
Novembro	45.274,06	88.096,43	133.370,49
Dezembro	44.146,66	86.749,20	130.895,86
<b>Total</b>	<b>551.310,05</b>	<b>873.385,53</b>	<b>1.424.695,58</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados fornecidos pelo Setor de Farmácia do HC-UFTM, 2022

Considerando o total de 9.025 pacientes/internações fornecido pelo Setor de Contratualização e Regulação, tem-se uma estimativa de R\$ 157,90 por paciente/internação ( $R\$ 1.424.695,58/9.025=R\$ 157,90$ ). Tem-se um montante estimado para insumos e medicamentos dos pacientes/internações do Capítulo IX da CID-10, no valor de R\$ 348.485,3 ( $R\$ 157,90 \times 2.207=R\$ 348.485,30$ ).

Estudo qualitativo realizado em Conceição do Araguaia evidencia que uma das principais formas de reduzir custos de uma farmácia é a padronização de medicamentos, pois essa otimiza o atendimento ao paciente, aumenta a qualidade da

farmacoterapia, facilita a vigilância farmacológica, garante a segurança na prescrição e dispensação dos medicamentos e diminui os índices de erros de medicação, além de uniformizar a terapêutica para estabelecimento de protocolos e critérios, reduz os custos da terapêutica e do estoque de medicamentos que apresentam mesmo fim terapêutico. Também, diminui a quantidade de produtos em estoque e redução de fórmulas e formas farmacêuticas, reduz o custo da aquisição de medicamentos e de manutenção do estoque, agiliza a prescrição médica e o serviço de enfermagem, melhora a comunicação entre farmácia, equipe médica, pessoal de enfermagem e seções administrativas, simplificando as rotinas de aquisição, armazenamento, dispensação e controle (DUARTE; MORAIS, 2021).

Estudo evidencia que os profissionais devem assumir a responsabilidade de tomar decisões e realizar o gerenciamento da farmacoterapia, na intencionalidade de proporcionar a segurança e eficácia do tratamento e conseqüentemente, a redução de danos, visto que é necessário reconhecer que a etapa de desenvolvimento e rastreamento são medidas complementares que beneficiam a saúde do paciente e o financeiro dos provedores (GAMA, 2022).

Ainda, pesquisas complementam que devido aos recursos humanos e financeiros limitados na área da saúde, observa-se que os pacientes apresentam um risco maior de sofrerem danos em decorrência de eventos adversos. A limitação de recursos torna a assistência inexecutável para o farmacêutico atuar de forma integral em diversos setores dos hospitais, implicando na necessidade de uma metodologia que seja aplicável e promova o direcionamento da atenção e conseqüentemente, a redução de danos (GAMA, 2022; REDMOND *et al.*, 2020).

#### 5.4.2.4 Custo - Fornecedor: Hotelaria

Os dados do setor de Hotelaria foram disponibilizados em formato PDF, em um documento que consta a coleta mensal de indicadores: gestão de enxoval, gestão de dietas enterais e fórmulas, higienização e resíduos.

Especificamente sobre o processamento de enxovais, verificou-se que ocorre por meio de uma empresa terceirizada e não apresenta dados separados por setores, mas sim, de todo o HC-UFTM.

O documento traz dados sobre vários indicadores de gestão de enxoval, sendo os seguintes considerados para realização de cálculos estimados para a UCM:



- a) Peso total mensal de roupa limpa gerada (kg);
- b) Peso de roupa limpa por paciente-dia (kg);
- c) Custo total de processamento de roupas por paciente-dia (R\$);
- d) Custo por quilo de roupas processada (R\$).

Considerando o indicador de internação hospitalar referente ao número total de pacientes por dia em cada mês, em 2019, e o custo/kg mensal com processamento roupas por paciente-dia, foi possível obter o custo mensal estimado com processamento de roupas para a UCM por meio da multiplicação dos dados (Tabela 7).

Tabela 7 - Custo total e médio mensal estimado com processamento de roupas destinadas à Unidade de Clínica Médica no ano de 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022

<b>Mês</b>	<b>Custo médio processamento roupas por paciente-dia no HC-UFTM</b>	<b>Total de pacientes/dia na UCM</b>	<b>Custo total estimado com processamento roupas na UCM</b>
Janeiro	R\$ 43,62	841	R\$ 36.684,42
Fevereiro	R\$ 46,23	688	R\$ 31.806,24
Março	R\$ 47,62	863	R\$ 41.096,06
Abril	R\$ 48,67	606	R\$ 29.494,02
Maio	R\$ 34,80	512	R\$ 17.817,60
Junho	R\$ 33,38	595	R\$ 19.861,10
Julho	R\$ 33,85	618	R\$ 20.919,30
Agosto	R\$ 33,87	621	R\$ 21.033,27
Setembro	R\$ 33,96	602	R\$ 20.443,92
Outubro	R\$ 35,82	627	R\$ 22.459,14
Novembro	R\$ 34,39	606	R\$ 20.840,34
Dezembro	R\$ 32,27	625	R\$ 20.168,75
<b>Total</b>	<b>R\$ 38,77</b>	<b>7.804</b>	<b>R\$ 302.624,16</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados fornecidos pelo Setor de Hotelaria do HC-UFTM, 2022

A partir do custo médio do processamento de roupas por paciente-dia no HC-UFTM de R\$ 38,77 e o tempo médio de internação de 6,4 dias por paciente na CM (Tabela 2), tem-se uma estimativa de R\$ 248,10 por internação ( $6,4 \times R\$ 38,77 = R\$ 248,10$ ). Além disso, tem-se um montante estimado para processamento de roupas dos pacientes/internações do Capítulo IX da CID-10, no valor de R\$ 85.583,2.

Pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo informa que cerca 140.000 kg de roupas por mês são lavados em todo o hospital, resultando em um custo médio por quilo igual a R\$ 1,49. Tais custos incluem recursos humanos, materiais de consumo, equipamentos, água, energia elétrica e condomínio (SANTOS *et al.*, 2003).

Estudo evidencia que a hotelaria hospitalar oferta serviços de lavanderia, rouparia, costura, higienização, limpeza, nutrição, dietética, segurança patrimonial, central de atendimento, recepção, portaria. Esse serviço não pode ser caracterizado como sinônimo de luxo, mas sim como qualidade e conforto, visto que a hotelaria é capaz de ofertar conforto ambiental, físico e ainda psicológico. Ressalta-se que as instituições de saúde sempre prestaram esse serviço e ao longo do tempo o mesmo foi modificado e desenvolvido (BOEGER, 2005; BORGES; BARCELOS; ROGRIGUES, 2018; DINIZ; BUENO, 2020; FERREIRA, 2017).

Quanto à higienização e resíduo, observa-se um custo médio no valor de R\$ 11,36 por m<sup>2</sup> e R\$ 8,12 por paciente/dia. Com isso, é possível estimar um custo total de Higienização na CM no valor de R\$ 6.035,0/mês ( $R\$ 11,36 \times 531,25 \text{m}^2 = R\$ 6.035$ ) e R\$ 74.420/ano. Bem como, estima-se um custo da coleta, tratamento e destinação/disposição final de resíduo de R\$ 5.278/mês e R\$ 63.336/ano. Analisando o custo total anual da higienização, é possível estimar o custo médio anual por internação/paciente no valor de R\$ 8,20. Quanto ao custo total anual dos resíduos, estima-se um custo médio anual por internação/paciente no valor R\$ 7 (Tabela 8).

Tabela 8 - Custo médio diário estimado com a higienização de roupas destinadas à Unidade de Clínica Médica no ano de 2019. Uberaba, MG, Brasil, 2022

<b>Mês</b>	<b>Higienização - Valor m<sup>2</sup></b>	<b>Total de pacientes/dia na UCM</b>	<b>Resíduo - Valor Paciente/Dia</b>
1	R\$ 11,79	841	R\$ 7,68
2	R\$ 11,79	688	R\$ 8,00
3	R\$ 11,01	863	R\$ 9,40
4	R\$ 11,01	606	R\$ 8,51
5	R\$ 11,01	512	R\$ 8,79
6	R\$ 11,01	595	R\$ 7,71
7	R\$ 11,01	618	R\$ 8,36
8	R\$ 11,67	621	R\$ 7,68
9	R\$ 11,67	602	R\$ 7,84
10	R\$ 11,44	627	R\$ 8,04
11	R\$ 11,44	606	R\$ 7,79
12	R\$ 11,44	625	R\$ 7,64
<b>Média</b>	<b>R\$ 11,36</b>	<b>650</b>	<b>R\$ 8,12</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados fornecidos pelo Setor de Hotelaria do HC-UFTM, 2022

### 5.5 RESUMO – MACROCUSTEIO *TOP-DOWN*

Em levantamento realizado, verifica-se que a UCM não possui uma apuração de custos e faturamento específicos. Porém, com base nas entrevistas, verificou-se que o HC-UFTM adota o método de absorção para apurar os custos hospitalares específicos, mas que não são considerados na contratualização dos serviços. A dinâmica não envolve o uso de softwares ou sistemas específicos.

A principal referência para a apuração de custos no HC-UFTM é o Setor de Contabilidade, que fica responsável pelo regulamento das contas. A atuação do setor depende da geração de relatórios de movimentação dos fornecedores de insumos, que resulta em produtos e serviços referentes às contabilidades fiscal e de custos do hospital.

Em relação ao faturamento hospitalar, a principal referência é a Unidade de Registro, Revisão e Processamento da Informação do HC-UFTM, formada pelo Serviço de Revisão de Prontuários, Serviço de Processamento da Informação e Serviço de Arquivo Médico.

De acordo com informações obtidas na entrevista com a chefia da Unidade de Registro, Revisão e Processamento da Informação foi possível constatar que o faturamento hospitalar não é informatizado. O trabalho depende da atuação de revisores para adequação do prontuário após a alta do paciente em relação às informações que estejam inconformes ou faltando. Todos os documentos que constam no prontuário devem estar preenchidos corretamente, assinados e carimbados. De acordo com o fluxo do processamento, dentre as várias etapas, há a codificação dos procedimentos faturáveis por meio da tabela do SIGTAP do SUS e a inclusão das notas fiscais de Órteses, Próteses e Materiais Especiais utilizadas.

Conforme a informação adquirida pelo setor de infraestrutura física do HC-UFTM, é impossível mensurar o consumo de energia, água e telefone individualmente de cada unidade assistencial. Esta mensuração é feita via método de rateio por m<sup>2</sup>.

Neste sentido, considerando todos os custos apurados nos itens 5.4.1.1 – 5.4.1.4 é possível resumir o custo médio total por paciente/internação na CM no valor de R\$ 1.278,20 (Quadro 14).

Quadro 14 - Resumo dos custos apurados via macrocusteio *top-down* na Unidade de Clínica Médica no ano de 2019

<b>Custos</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$ p/ Paciente/internação</b>
Salários e Encargos	R\$ 6.468.923,49	R\$ 716,80
Nutrição e Dietéticas	R\$ 510.721,02	R\$ 140,20
Medicamentos e Insumos	R\$ 1.424.695,58	R\$ 157,90
Enxoval	R\$ 302.624,16	R\$ 248,10
Higienização	R\$ 74.420,00	R\$ 8,20
Resíduo	R\$ 63.336,00	R\$ 7,00
<b>Total</b>	<b>R\$ 2.375.796,76</b>	<b>R\$ 1.278,20</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de várias fontes do HC-UFTM

Dados obtidos via o Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da EBSEH; a partir do método de apuração de desempenho e mensuração da eficiência do gasto na Rede EBSEH, verifica-se um gasto médio estimado por leito para o ano de 2019, no valor de R\$ 1.257,50 para toda a Rede e no valor de R\$ 1.193,80 para o HC-UFTM-EBSEH.

## 5.6 PRODUTO TÉCNICO-VÍDEO INFORMATIVO

A construção dos *storyboards* pautou-se no referencial teórico desta dissertação, assim como outros conteúdos obtidos em leis, sítios eletrônicos oficiais do MS, MEC, Portal da Transparência e EBSEH conforme apresentado a seguir nos Quadros 15 e 16.

Quadro 15 - Conteúdo do roteiro e *storyboard* do Vídeo Educativo I

<b>Conteúdo do Roteiro e <i>Storyboard</i> do Vídeo Educativo I</b>
<p><b>Título:</b> Custos em Saúde - Média e Alta Complexidade</p> <p><b>Tema proposto:</b> Gestão de Custos</p> <p><b>Objetivo:</b> Informar, instruir e sensibilizar servidores, discentes e usuários sobre a importância da gestão eficiente de custos em saúde para sustentabilidade do SUS.</p> <p><b>Público-Alvo:</b> Servidores, discentes e usuários do SUS.</p>
<p>Olá, você sabia que todo procedimento em saúde, seja uma consulta médica, um exame de sangue, uma cirurgia, uma internação hospitalar, etc. envolve uma estrutura complexa, desde a infraestrutura física, os equipamentos tecnológicos, a equipe de profissionais, os insumos e materiais? Enfim, são necessários recursos financeiros para manter essa estrutura funcionando com capacidade de prestar assistência adequada e eficiente à população.</p>
<p>1.O Brasil tem um modelo público de saúde universal e 100% gratuito, o SUS. O SUS é uma conquista popular, garantido constitucionalmente e financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.</p>
<p>1.1. O Brasil é o único país do mundo com mais de 190 milhões de habitantes, com um sistema de saúde totalmente gratuito.</p>

<p>1.2. Dos 214 milhões de habitantes no Brasil, 70% dependem exclusivamente do SUS.</p>
<p>2. No Brasil, aproximadamente 9% do PIB (cerca de R\$ 710 bi) são gastos com a saúde e menos da metade deste valor, 3,8% do PIB (cerca de R\$283 bi) são gastos com a saúde pública.</p>
<p>2.1. Dados da OECD (2017) mostram que o crescimento anual médio nos gastos em saúde tem acompanhado o crescimento anual médio do PIB; entretanto, o crescimento de gastos ultrapassa o crescimento do PIB. Segundo a OMS, cerca de 20% a 40% de todos os recursos financeiros destinados à saúde no mundo são desperdiçados.</p>
<p>2.2. Estimativas apontam, considerando o padrão atual de crescimento dos gastos em saúde, que o Brasil passará dos atuais R\$ 283 bi para R\$ 700 bilhões em 2030. Isso, sem considerar: o envelhecimento populacional, a necessidade de incorporações de novas tecnologias para assistência e o aumento atual dos gastos.</p>
<p>2.3. Nesse sentido, melhorar a eficiência dos gastos pode resultar em economia de até R\$115 bi em 2030 e R\$989 bi até 2030 no Brasil.</p>
<p>3.No ano de 2021, foram destinados R\$189 bilhões para todos os níveis de atenção na saúde pública (primária, secundária e terciária), R\$50 bilhões a mais do previsto devido à necessidade de ampliação da cobertura vacinal contra a COVID-19.</p>
<p>3.1. Dos R\$189 bi, foram executados R\$161 bi, e desses 54,6% (R\$88 bi) foram destinados à atenção especializada à saúde, onde se encontram os HUF.</p>
<p>3.2. Um dos muitos desafios na implementação do SUS no Brasil refere-se à eficiência na gestão dos recursos financeiros em saúde, especificamente quanto a alcançar o equilíbrio entre os recursos financeiros disponíveis e a eficiência na utilização desses recursos.</p>
<p>3.3. Neste sentido, há espaço significativo para melhoria da eficiência nos gastos em saúde no Brasil, em especial em nível hospitalar, particularmente nos HUF.</p>
<p>4. Os HUF são hospitais gerais com as características e funções de um Hospital de Base, utilizado por Escolas de Ciências da Saúde como centro de formação profissional.</p>
<p>4.1. No Brasil existem 50 HUF vinculados a 35 Universidades Federais, dos quais, 40 estão vinculados à EBSEH. O orçamento destinado à EBSEH no ano de 2021 foi R\$6,6 bi, 7,5% do total de R\$88 bi destinados à atenção especializada em saúde.</p>

4.2.A EBSEERH é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao MEC, criada pela Lei 12.550/2011 com a finalidade principal de gerenciar os HU e apoiar as Universidades Federais quanto à gestão de seus Hospitais Universitários.
4.3. Os HUB possuem múltiplas finalidades. Atuam na formação profissional e na prestação de serviços de assistência à saúde da população.
4.4. Em especial, os HUF integram o SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa de acordo com o art. 45 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
5. Manter um Hospital, em especial um hospital universitário federal em funcionamento para atender os cuidados à saúde da população e a formação de profissionais na área da saúde é uma tarefa complexa que envolve:
5.1. Infraestrutura física adequada e em condições apropriadas para uso diário;
5.2. Infraestrutura tecnológica adequada e em condições propícias para uso diário;
5.3. Profissionais capacitados e qualificados para todas as funções e procedimentos realizados;
5.4. Disponibilidade de insumos e materiais de consumo para uso em todos os procedimentos realizados diariamente;
5.5. Modelo de Gestão Eficiente;
5.6. Recursos financeiros suficientes para custear os gastos no Hospital;
6. Uma das questões relacionadas à gastos em saúde, é: "Quais, que tipos de recursos financeiros e quem irá financiá-los?"
6.1. Em Hospitais particulares, os usuários diretos e/ou os planos de saúde complementares são as principais fontes de recursos financeiros.
6.2. Nos Hospitais públicos, as fontes dos recursos financeiros são 100% públicos via SUS.
7. Com vistas a atender os direitos e o bem estar social do coletivo e a sustentabilidade do sistema, as decisões dos gestores dos HUF, quanto à alocação e uso eficiente dos recursos financeiros disponíveis, necessitam de informações precisas quanto aos custos envolvidos na assistência à saúde da população e na formação dos profissionais em saúde, nessa instituição.
8. Portanto, assim como em qualquer Hospital, nos HUF, para manter o equilíbrio financeiro entre despesas e receitas é fundamental uma gestão eficiente dos gastos em saúde da instituição. Mas, como podemos contribuir? Que tal pensarmos em:

8.1. Conscientizarmos que somos importantes e fundamentais para esse equilíbrio;
8.2. Obtermos informação e capacitação sobre quais são os gastos envolvidos em saúde, quanto eles custam, quem financia e quem e como esses recursos financeiros são geridos;
8.3. Definir estratégias para reduzir os desperdícios de insumos, materiais, otimizar o uso da infraestrutura física e tecnológica existente, aprimorar o tempo de hora trabalho; dessa forma, potencializar o uso responsável dos recursos;
8.4. Criar e/ou fortalecer, na Unidade e/ou na Instituição, os estudos de avaliação econômica em saúde, via os NATS, com vistas a avaliar constantemente e assim ter evidências para sugerir a desincorporação de tecnologias menos eficientes e/ou menos viável economicamente, bem como, incorporar tecnologias mais eficientes e mais viável economicamente;
8.5. Criar e/ou aprimorar SIC eficientes para o registro e apuração de micro e macro dados, tão necessários para a apuração dos custos com nível de precisão suficiente;
8.6. Criar e aprimorar estruturas na Instituição que sejam responsáveis pela gestão de custos na instituição, como os centros de custos;
8.7. Criar, aprimorar e padronizar metodologia de Apuração de Custo na instituição.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Quadro 16 - Conteúdo do roteiro e *storyboard* do Vídeo Educativo II

<b>Conteúdo do roteiro e <i>storyboard</i> do Vídeo Educativo II</b>
<b>Título:</b> Métodos de Apuração de Custos em Saúde
<b>Tema proposto:</b> Gestão de Custos-Custos em Saúde - Média e Alta Complexidade
<b>Objetivo:</b> Apresentar aos servidores, discentes e usuários os principais métodos de apuração de custos em saúde, em especial nos HUF
<b>Público-Alvo:</b> Servidores, discentes e usuários do SUS.
Vimos que o Brasil é o único país do mundo com mais de 190 milhões de habitantes a ter um sistema público 100% gratuito, o SUS.
Vimos também que o envelhecimento populacional, as necessidades de incorporações tecnológicas para o atendimento à população, além do aumento natural dos gastos, pressionam cada vez mais o crescimento dos gastos públicos em saúde, podendo saltar dos atuais R\$282 bi para R\$700 bi em 2030.



Dos R\$88 bi de recursos públicos destinados à atenção especializada em saúde, R\$ 6,6 bi (7,5%) referem-se ao orçamento da EBSEH. Empresa criada com missão principal de gerenciar os HU e apoiar as universidades federais quanto à gestão de seus HU. Empresa vinculada ao MEC, desde a sua criação em 2011, houve significativos avanços na gestão dos HUF, em especial na gestão dos custos hospitalares, mas ainda há espaço e necessidade na melhoria da eficiência nos gastos nesses hospitais geridos pela EBSEH, principalmente por serem hospitais que, além da assistência à saúde da população, atuam na formação de profissionais na área da saúde pública.

Dentre os vários desafios na gestão de custos hospitalares, temos aqueles referentes à padronização dos métodos de apuração de custos, em especial aqueles relacionados aos serviços e procedimentos realizados nos âmbitos dos HU.

Apesar da literatura apresentar métodos consagrados voltados para apuração de custos de produtos e serviços, na área da saúde, ainda não há consenso quanto à padronização de metodologia de custos nos Hospitais Universitário Federais (HUFs), principalmente devido à sua complexidade e obediência às normativas legais no Brasil.

Então, que tal apresentarmos alguns desses métodos de apuração de custos?

Vamos iniciar apresentando alguns conceitos referentes à apuração de custos em saúde e/ou avaliação econômica em saúde:

1. Segundo Faria, Santos e Santos (2017), custo, no sentido estrito da palavra, representa o sacrifício de recursos para a geração de bens e serviços.

1.1. Informação de custo é normalmente utilizada (de forma ampla) no processo de tomada de decisões no dia a dia das instituições, pois sempre há o questionamento: quanto custa determinado item (um procedimento, uma consulta, um exame laboratorial ou de imagem, por exemplo: quanto custa uma angioplastia?).

1.2. Esse “item” é denominado de objeto de custo. Um objeto de custo, portanto, é qualquer item para o qual se deseja uma mensuração de custo.

1.3. CUSTO EM SAÚDE: São gastos medidos em termos monetários, necessários para a operacionalização das atividades e prestação de serviços das instituições de saúde, em especial os Hospitais. Podem ser classificados em custos diretos ou indiretos, fixos e variáveis.

1.4. Vamos entender um pouco mais sobre essas classificações de custos?

<p>1.4.1. Custos Diretos: são aqueles que podem ser identificados de maneira fácil e mensurados adequadamente ao item de custo, ou seja, podem ser quantificados nos portadores finais, quando considerados individualmente. Exemplos: insumos, materiais, horas de equipamento, horas de mão de obra profissional, utilizados para assistência direta ao paciente internado na UTI coronária.</p>
<p>1.4.2. Custos Indiretos: são aqueles cuja identificação ao item de custo é feita de forma indireta, mediante parâmetros estabelecidos previamente; portanto, não podem ser quantificados nos portadores finais. Exemplos: total de valores gastos em insumos e materiais, com salários dos profissionais, com energia elétrica, etc. na UTI coronária em determinado mês do ano, etc.</p> <p>Os custos diretos e indiretos referem-se diretamente aos serviços prestados e não a toda instituição ou unidades (Martins, 2010).</p>
<p>1.4.3. Custos Fixos: são aqueles que permanecem constantes, em determinado intervalo, não variando com o volume de atividade (serviços prestados). Por exemplo, aluguel do prédio, segurança, contratos de manutenção de equipamentos.</p>
<p>1.4.4. Custos variáveis: são aqueles que se alteram de acordo com o volume da atividade (serviços prestados). Por exemplo, a aquisição de <i>stents</i> em procedimentos da hemodinâmica em determinado mês ou ano depende da quantidade de procedimentos realizados.</p>
<p>2. De forma geral, o custo total em saúde para a sociedade, segundo Etges <i>et al.</i> (2019), é composto pelos custos:</p>
<p>2.1. Custo do Sistema (aqui os HUF): Refere-se aos custos da produção do serviço/procedimento.</p>
<p>Subdivididos em:</p>
<p>Custos Diretos:</p>
<p>Médicos:</p>
<p>Não Médicos:</p>
<p>Custos Indiretos:</p>
<p>2.2. E os Custos do Paciente</p>
<p>Custos Diretos/Indiretos e Intangíveis</p>
<p>3. Contextualizando exclusivamente nos custos relacionados ao SISTEMA, ou seja, hospitalar no Setor Público temos:</p> <p>Segundo Cardoso <i>et al</i> (2020), o custo hospitalar total é composto pelos custos:</p>

3.1. Custos Hospitalares Diretos:
Salários:
Materiais:
Gerais:
3.2. Custos Hospitalares Indiretos:
Custos Indiretos:
4. Segundo Etges <i>et al.</i> (2020), os métodos de cálculo de custos em saúde caracterizam-se pela forma como os componentes de custos são identificados e pela forma como são avaliados. Em relação à identificação, os custos podem ser estimados por meio dos métodos de macrocusteio ou custeio bruto ( <i>gross-costing</i> ) ou de Microcusteio ( <i>microcosting</i> ). E quanto à avaliação dos componentes de custos, os métodos podem ser realizados de cima para baixo ( <i>top-down</i> ) ou de baixo para cima ( <i>bottom-up</i> ).
4.1. Os métodos de custeio são ferramentas utilizadas para definir quais e como os custos e despesas devem ser alocados ao produto ou serviço (diretos, indiretos, fixos e variáveis).

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Após a construção dos *storyboards*, confeccionou-se e editou-se os vídeos e ambos foram hospedados no Canal TV GEP HC-UFTM e disponibilizados para a gestão, da mesma forma que ambos foram disponibilizados em uma plataforma de compartilhamento de vídeos chamada YouTube por meio dos *links* abaixo:

Vídeo 1: <https://youtu.be/a1oekQFmD5M>

Vídeo 2: <https://youtu.be/o49b1C4Kc-s>

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo, inicialmente, intencionou identificar e descrever a estrutura produtiva, bem como os processos relacionados à gestão de custos da UCM de um hospital público de ensino superior, por meio de um diagnóstico situacional.

Este estudo permitiu mapear o fluxo dos pacientes com DCV com destino à UCM, em que foi possível constatar que tal fluxo pode ocorrer por meio do PSA, ambulatoriais ou regulados das UPA. Após, o paciente é avaliado imediatamente pelo médico, realizando os exames pertinentes e encaminhado ao setor de Hemodinâmica, sendo transferido para a UCM ou até mesmo centro cirúrgico ou UTI.

Quanto à UCM, esta é composta pela medicina interna, geriatria, nutrologia, genética médica, endocrinologia, gastroenterologia, DIP, pneumologia, endoscopia, dermatologia, núcleo de práticas integrativas e complementares, além da Unidade do Sistema Neurológico, Cardiovascular, de Captação de Transplante, de Oncologia e do Sistema Locomotor. São considerados como serviços de apoio à UCM as equipes de limpeza, hotelaria, nutrição, copa, secretaria, recepção, escrituração e almoxarifado. A estrutura produtiva da UCM é voltada ao paciente com DCV no qual envolve a prestação de assistência direta e indireta em diferentes níveis de complexidade, em todas as fases, ou seja, desde a admissão, período de internação e alta do paciente.

Essa estrutura gera custos diretos, indiretos, fixos e variáveis; no entanto, o HC-UFTM não apresenta, atualmente, um sistema validado e institucionalizado para apuração dos custos hospitalares, sejam os gerais ou os de cada unidade, apesar de estar em fase piloto a implantação do sistema ApuraSUS, que visa apoiar o PNGC em seu objetivo principal de promover a cultura de gestão de custos em unidades de saúde do SUS, possibilitando então que o gestor conheça informações sobre o custo total mês do(s) estabelecimento(s) de saúde e dos seus setores (por exemplo: UTI coronária, Hemodinâmica, UCM), bem como o custo unitário médio dos produtos destes setores (paciente/dia, procedimentos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos), para que estes possam embasar decisões administrativas e estratégicas no âmbito da instituição.

Atualmente, as informações mais precisas sobre custos no HC-UFTM são aquelas relacionadas ao faturamento dos procedimentos realizados na instituição, o qual é o processo de análise de contas do HC-UFTM, somente para procedimentos

cobrados pelo instrumento de registro de AIH, ou seja, para os procedimentos que geram internação, os que agregam valores na AIH e para fins de registro de informações na AIH, seguindo as normas legais e as orientações do Manual de Faturamento Hospitalar do MS (AIH Principal - para procedimentos que geram internação hospitalar; AIH Especial - para procedimentos que agregam valor na AIH Principal; AIH Secundário – para fins de registro de informação, uma vez que tem valor zerado na AIH; Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) - para procedimentos realizados em caráter ambulatorial e APAC – para procedimentos realizados em caráter ambulatorial que envolvem alto custo ou alta complexidade.

Considerando as ausências de dados sistematizados, a insuficiência ou falta de padrão dos sistemas de informação voltados para o registro e análise de informações relacionadas à orçamento, gastos, custos e faturamento da instituição, não foi possível apurar os custos relacionados ao paciente com DCV da UCM. No entanto, foi possível apurar, a partir de dados fragmentados e de várias fontes, um custo médio por internação no valor de R\$ 1.278,20 para os pacientes internados no HC-UFTM com diagnóstico primário da CID-10 referente ao Capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório, em que se encontram os pacientes com DCV que em algum momento da sua internação dão entrada na UCM. Este valor é superior ao apurado pelo Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da EBSERH, que foi de R\$ 1.193,80 para todo o HC-UFTM.

A partir da aproximação com a literatura e dos resultados encontrados foi possível desenvolver dois vídeos educativos que abordam custos em saúde e hospitalares, bem como métodos de apuração de custos em saúde na intencionalidade de informar, instruir e sensibilizar servidores, discentes e usuários sobre a importância da gestão eficiente de custos em saúde para sustentabilidade do SUS.

A princípio, identificou-se como limitação o estudo ter sido realizado em um único setor e, ainda este setor apresentar uma grande complexidade da estrutura assistencial, uma vez que a UCM atende pacientes internados de todas as outras clínicas. Além disso, vale ressaltar que a insuficiência, a inexistência e/ou a inespecificidade de dados de custo da referida UCM impacta a exatidão do custo apurado, necessitando de estudos com outras abordagens, como por exemplo, estudo prospectivo de pacientes desde sua entrada até sua alta na instituição com abordagem *bottom-up* (de baixo para cima), com método de custeio ABC ou ABCT,

com vistas a estimar os custos unitário por paciente, internação ou procedimento. Além disso, a escassez de estudos sobre a temática referida dificultou a ampla discussão dos resultados.

Apesar das limitações identificadas, é válido salientar que esta pesquisa pode contribuir para a reflexão e mudança de paradigmas relacionados a custos em saúde, seja no aspecto da gestão, bem como na prática assistencial, auxiliando os profissionais da instituição ao fornecer produtos que viabilizam a gestão de custos em saúde de média e alta complexidade. Diante disso, espera-se que os profissionais de saúde assistam aos vídeos produzidos e se sensibilizem acerca da importância da gestão eficiente de custos em saúde para a sustentabilidade do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ABBADE, E. B. O impacto da gestão EBSEH na produção dos hospitais universitários do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 999–1013, 2022.
- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/79577/185110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 out. 2022.
- ABBAS, K.; GONÇALVES, M. N.; LEONCINE, M. Os métodos de custeio: vantagens, desvantagens e sua aplicabilidade nos diversos tipos de organizações apresentadas pela literatura. **ConTexto - Contabilidade em Texto**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 22, p. 145-59, 2012.
- ABE, L. M. *et al.* Distribuição e produção dos serviços de hemodinâmica no ESP: Avaliação para o ano de 2019. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 17, n. 198, p. 1-19, 2020.
- ABRAHÃO, A. R. R.; ALBURQUERQUE, A. A. Aplicação de revisão bibliográfica sistemática sobre custeio e custos hospitalares. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 25., 2018, Vitória, ES. **Anais [...]**. São Leopoldo, RS: Associação Brasileira de Custos, 2018, [14] p. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4468>. Acesso em: 24 out. 2022.
- ALBUQUERQUE, A. A.; MATIAS, A. B. Identificando a relação entre alavancagem financeira e investimento nas empresas brasileiras não financeiras de capital aberto. **Contextus – Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, Fortaleza, CE, v. 11, n. 2, p. 76-104, 2013.
- ALCÂNTARA, E. G. **Estudo de Caso - Suprimentos médico hospitalares no Hospital São Vicente de Paulo**: uma pesquisa para redução de estoque. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/30965/30965.PDF>. Acesso em: 24 out. 2022.
- ALEMSAN, N. **Proposição de um método de análise do planejamento e controle de materiais de nutrição especial em um hospital público**. 2020. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/216536/PEPS5784-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 out. 2022.
- ALENCAR, M. S. *et al.* Internações hospitalares por doenças cardiovasculares: custos e características no estado de Minas Gerais, 2012 a 2016. **Enciclopédia Biosfera**, Jandaia, GO, v. 18, n. 37, p. 301, 2021.
- ALENCAR, S. G.; BARBOSA, S. R. M.; LACERDA, I. B. N. Demanda do enfermeiro na clínica médica de um hospital público do Distrito Federal. **Comunicação em**

**Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 28, n. 3-4, p. 419-28, 2017.

AMORIM, R. A. **Os critérios de investimento utilizados pelos investidores anjo no Brasil: uma análise sobre suas prioridades**. 2016. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2016.

Disponível em:

[https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/17736/Gest%c3%a3o%20de%20Pessoas%20e%20Pr%c3%a1ticas%20Gerenciais\\_Amorim.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/17736/Gest%c3%a3o%20de%20Pessoas%20e%20Pr%c3%a1ticas%20Gerenciais_Amorim.pdf?sequence=3&isAllowed=y). Acesso em: 30 out. 2022.

ANDRADE, M. V. *et al.* **Desafios do sistema de saúde brasileiro**. 2. ed. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

BELLUCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 17, n. 1, p. 108-16, 2015.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 447-50, 2009.

BERNARDINO JÚNIOR, S. V. *et al.* Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, v. 44, n. 126, p. 694-707, 2020.

BEULKE, R.; BERTÓ, D. J. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BITTAR, O. J. N. V. *et al.* Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 70, p. 1-18, 2018.

BLANSKI, M. B. S. **Gestão de custos como instrumento de governança pública: um modelo de custeio para os hospitais públicos do Paraná**. 2015. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em:

[https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/1195/1/CT\\_PPGPGP\\_M\\_Blanski%2c%20M%c3%a1rcia%20Beatriz%20Schneider\\_2015.pdf](https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/1195/1/CT_PPGPGP_M_Blanski%2c%20M%c3%a1rcia%20Beatriz%20Schneider_2015.pdf). Acesso em: 30 out. 2022.

BOEGER, M. A. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 903-31, 2010.

BORGERT, A.; ALVES, R. V.; SCHULTZ, C. A. Processo de implementação de um sistema de gestão de custos em hospital público: um estudo das variáveis intervenientes. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Santa Catarina, v. 7, n. 14, p. 97-120, 2010.



BORGES, J. C. P.; BARCELOS, M.; RODRIGUES, M. S. Empresarização da saúde pública: o caso da EBSEH. **Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 75-90, 2018.

BORNIA, A. C. **Análise gerencial de custos**: aplicação em empresas modernas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BRANDI, V. R.; SILVA, É. Q. Gastos com a saúde no Brasil: uma comparação com países de renda média. **Revista Economia Ensaios**, Uberlândia, MG, v. 34, n. 1, 2019.

BRASIL. **Introdução à gestão de custos em saúde**. 1. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento\\_publico\\_saude\\_eixo\\_1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf). Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual – APURASUS Perfil Gestor de Custos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1111358/Manual-APURASUS.pdf/cf3f32ee-ded9-9233-1689-1f1efb179bb3?t=1651859693936>. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1554, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Saúde. **Portal da Transparência**, 2021. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Constituição. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm). Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Sistema de Informação Hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hjDzrr3yPL4J:ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL\\_SIH\\_janeiro\\_2017.pdf&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hjDzrr3yPL4J:ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL_SIH_janeiro_2017.pdf&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Acesso em: 9 set. 2022.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, 2006.

CALDAS, O. V.; COSTA, C. M.; PAGLIARUSSI, M. S. Corrupção e composição dos gastos governamentais: evidências a partir do Programa de Fiscalização por Sorteios Públicos da Controladoria-Geral da União. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 237-264, 2016.

CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de acumulação de custos, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custo: uma diferenciação didático-teórica para o ensino da disciplina Contabilidade de Custos. **Revista ANGRAD**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 97- 118, 2004.

CAMPOS, F. C. C.; CANABRAVA, C. M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, v. 44, p. 146-60, 2021.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, É. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. suppl 1, p. 85-112, 2011.

CARMO, E. R. *et al.* Ajuste fiscal no Brasil em 2015: evolução e representatividade da dívida corrente líquida e das receitas corrente líquidas dos estados brasileiros no período 2000-2015. **Revista Espacios**, Venezuela, v. 37, n. 8, p. 24, 2016.

CIA DA CONSULTA. Clínica Médica: o que é, com funciona e para que serve. **Cia da Consulta**, 2018. Disponível em: <https://blog.inclua.com/vida-inteligente/clinica-medica/>. Acesso em: 25 out. 2022.

CONASS. **CONASS Debate**: o futuro dos sistemas universais de saúde. 1. ed. Brasília, DF: CONASS, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>. Acesso em: 20 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. Resolução Conselho Federal de Contabilidade - CFC nº 1.282 de 28.05.2010. **Conselho Federal de Contabilidade**, 2010. Disponível em:

[https://www.normaslegais.com.br/legislacao/respcaocfc1282\\_2010.htm](https://www.normaslegais.com.br/legislacao/respcaocfc1282_2010.htm). Acesso em: 12 set. 2022.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. *In*: CASTRO, A.; MALO, M. (org.). **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006.

COTTA, R. M. M. *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.

CUNHA, J. A. C. da. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde**: um estudo em hospitais filantrópicos. 2011. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-01092011-190122/publico/JulioAraujoCarneirodaCunha.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

DALCIN, T.; LUNARDI, G. L.; BARCELOS, C. Um estudo sobre o impacto da adesão dos hospitais universitários federais à empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, 2021.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino: considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, SP, v. 41, n. 2, p. 135-42, 2008.

DATASUS. Informações de Saúde, Morbidade e Informações Epidemiológicas. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**, 2019. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 9 set. 2022.

DEMÁRIO, R. L.; SOUSA, A. A. de; SALLES, R. K. de. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. suppl 1, p. 1275–1282, 2010.

DIAS, M. A. E.; MARTINS, M.; NAVARRO, N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 719-28, 2012.

DICIONÁRIO FINANCEIRO. Contabilidade. **Dicionário Financeiro**, 2022. Disponível em: <https://www.dicionariofinanceiro.com/contabilidade/>. Acesso em: 19 mar. 2020.

DINIZ, A. M. O.; BUENO, J. M. Gestão de hotelaria hospitalar – uma revisão bibliométrica. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 241-68, 2020.

DUARTE, G. B. M.; MORAIS, Y. J. Padronização de medicamentos e seu impacto na assistência farmacêutica hospitalar e nos custos dos medicamentos. **Research**,

**Society and Development**, Vargem Grande Paulista, SP, v. 10, n. 14, p. e112101421201, 2021.

DUTRA, O. P. *et al.* II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, p. 223-32, 2006.

EBSERH. Apresentação – EBSERH. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Contrato que entre si celebram a Universidade Federal do Triângulo Mineiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2013. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/governanca/adesao-a-ebserh-1/contrato\\_dou\\_uftm.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/governanca/adesao-a-ebserh-1/contrato_dou_uftm.pdf). Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Fisioterapia na parada cardiorrespiratória e intubação oro-traqueal. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2023b. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops/copy\\_of\\_POP.UMULTI.055FisioterapiaParadaCardiorrespiratoriaIntubaoOrotraquealverso4.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops/copy_of_POP.UMULTI.055FisioterapiaParadaCardiorrespiratoriaIntubaoOrotraquealverso4.pdf). Acesso em: 12 set. 2022

EBSERH. Institucional. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/aceso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 9 set. 2022.

EBSERH. Manejo de óbitos em pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2022c. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/rotinas-operacionais-padrao/ROP\\_Manejo\\_Obitos\\_Covid\\_v2\\_final.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/rotinas-operacionais-padrao/ROP_Manejo_Obitos_Covid_v2_final.pdf). Acesso em: 9 set. 2022.

EBSERH. Módulos do AGHU Instalados nos Hospitais da Rede EBSERH. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/aghulmodulos-instalados-por-hu>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Organograma da Gerência de Atenção à Saúde. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/aceso-a-informacao/institucional/organogramaGAS.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Padronização do fluxo de triagem dos pacientes no Centro de Reabilitação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/rotinas-operacionais-padrao/rop-triagem-cr-final.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Painel. Informações Orçamentárias e Financeiras. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2019b. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiY2U1NTEyOTU0M2I1ZC00OWI2LWE3MDMt>

MmQ0YzViMGQ5MDk3liwidCI6ljY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVINSJ9. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Plano Diretor 2021-2023. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/governanca/plano-diretor-2021-2023>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Preenchimento da ficha de pronto atendimento na unidade de urgência e emergência. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops/pop-ura-001-preenchimento-de-ficha-de-pronto-atendimento-no-setor-de-urgencia-e-emergencia.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Relatório de Gestão - Gerência de Atenção à Saúde. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/governanca/relatorios-de-gestao/5AnexoCGernciadeAtenoaSade.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022

EBSERH. Relatório Gerencial 2019 a 2022. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/governanca/relatorios-de-gestao/Relatrio20192022HCUFTM.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Sistema Eletrônico de Informações – SEI!. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/sei>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Sobre o AGHU. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2020d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/agh/sobre-o-agh>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Unidade de Clínica Médica. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/painel/gas/dgc/stesp/ucm/REL.UCM.001UnidadedeClinicaMdicaverso4.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH. Unidade do Sistema Cardiovascular. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/painel/gas/dmed/stpc/uscv>. Acesso em: 12 set. 2022.

ELITE CONSULTORIA. Software – Esmeralda Visual – Elite Consultoria. **Elite Consultoria**, 2022. Disponível em: <http://www.eliteconsult.com.br/software-esmeralda-visual/>. Acesso em: 11 set. 2022.

ERDMANN, A. L. *et al.* Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. spe, p. 131-9, 2013.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13689>. Acesso em: 11 set. 2022.

FERREIRA, A. F. **Análise dos serviços de Hotelaria Hospitalar na perspectiva da hospitalidade**: estudo de caso de um hospital particular de grande porte na cidade de Curitiba. 2017. Dissertação (Mestrado em Turismo) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/54477/R%20-%20D%20-%20ANA%20FLAVIA%20FERREIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 out. 2022.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, M. R. A acessibilidade da atenção básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 288-301, 2020.

FIGUEIREDO, J. O. *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, v. 42, n. spe2, p. 37-47, 2018.

FIORENTINO, G. *et al.* **Tendências do setor de saúde no Brasil**. São Paulo: Bain & Company, Inc., 2016. Disponível em: [bain.com/contentassets/de6f9f216c1e4ec39ad64590a8dd701b/healthcare-trends-in-brazil\\_por2.pdf](http://bain.com/contentassets/de6f9f216c1e4ec39ad64590a8dd701b/healthcare-trends-in-brazil_por2.pdf). Acesso em: 20 out. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004 (Coleção leitura).

GAMA, L. F. **Proposta de escore de risco para priorização do acompanhamento farmacoterapêutico na clínica médica**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/27417/GAMA%2c%20Luciana%20Ferrazani%20da%2c%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 out. 2022.

GARCIA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 19, n. 2, p. 129-144, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, L. L.; VOLPE, F. M. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da FHEMIG. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. supl 5, p. e-S280513, 2018.

GRAVE, H. P. **Prevenção e controle de sintomas no ambulatório de quimioterapia**: construção e validação de vídeos educativos em saúde. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1367506/relatorio-da-pesquisa-henrique-grave.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 83-9, 2015.

HERMIDA, P. M. V. *et al.* Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-7, 2022.

IBGE. Municípios da Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba – MG. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 out. 2022.

KOCHAK, A.; SHARMA, S. Demand forecasting using neural network for supply chain management. **International Journal of Mechanical Engineering and Robotics Research**, India, v. 4, n. 1, p. 96-104, 2015.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENE, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAUS, A. M.; ANSELMINI, M. L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 4, p. 643-49, 2004.

LEITE, S. S. *et al.* Construção e validação de instrumento de validação de conteúdo educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. suppl. 4, p. 1732-8, 2018.

LENGRUBER, M. R. *et al.* Elaboration and development of educational video in health “Knowing gastrostomy”. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, SP, v. 10, n. 3, p. e23210313060, 2021.

MARQUES L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-420, 2014.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1ª ed. Rio de Janeiro: AbrES, 2016.

MARTINS, D. **Custos e orçamentos hospitalares**. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, E.; ROCHA, W. **Métodos de custeio comparados: custos e margens analisados sob diferentes perspectivas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MARTINS, R.; SOUZA, P. C. Panorama da utilização de sistemas de gestão de custos em hospitais de Tangará da Serra – MT. **Revista UNEMAT de Contabilidade**, Mato Grosso, v. 8, n. 6, p. 119-138, 2020.

MARTINS, V. F.; ÁVILA, L. A. C.; MASSUDA, J. C. Modelo de gestão de resultados econômico para hospitais público brasileiros. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTO, 8., 2003, Punta Del Este, Uruguai. **Anais [...]**. Punta Del Este, Uruguai,

2003, [15] p. Disponível em: <https://www.intercostos.org/documentos/congreso-08/212.pdf>. Acesso em: 11 out. 2022.

MATOS, A. J. **Gestão de custos hospitalares**: técnicas, análise e tomada de decisão. São Paulo: Editora STS, 2002.

MAURIZ, C. Faturamento hospitalar: um passo a mais. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 38-44, 2012.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Revista de Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

MORAES, A. F. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 811-22, 2008.

MORAIS, M. G. T.; PONTES, W. C.; MARTINS, A. S. Impacto das doenças cardiovasculares no setor público. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 18., 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. São Leopoldo, RS: Associação Brasileira de Custos, 2011. [11] p. Disponível em: <https://anaiscbc.abcustos.org.br/anais/article/view/467>. Acesso em: 9 set. 2022.

NEDER, A. L. R. **Melhores práticas na gestão da cadeia de suprimentos**: um estudo de caso em uma rede de hospitais privados. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [https://www.coppead.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/07/Ana\\_Luiza\\_Neder.pdf](https://www.coppead.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/07/Ana_Luiza_Neder.pdf). Acesso em: 9 set. 2022.

NERIZ, L.; NÚÑEZ, A.; RAMIS, F. A cost management model for hospital food and nutrition in a public hospital. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, n. 1, p. 542, 2014.

NESPOL. O que é o videoscribe e como funciona? **NESPOL**, 2022. Disponível em: <https://nespol.com.br/blog/o-que-e-o-videoscribe-e-como-funciona/>. Acesso em: 25 out. 2022.

OLIVEIRA, F. O. A implantação de um sistema de gestão de custo hospital pela EBSEH: Um estudo de caso com utilização do PMBOK. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 122-139, 2017.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Benchmarking de indicadores de qualidade e dimensionamento de pessoal de enfermagem entre unidades hospitalares. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, p. e37756, 2020.

OLIVEIRA, W. M. **Análise do indicador de comprometimento da Receita Corrente das regiões e estados brasileiros no ano de 2015**. 2016. Trabalho de



Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Contábeis) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde - financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Geneva: OMS, 2010. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848\\_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y). Acesso em: 11 set. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Porta Voz. **Prefeitura Municipal de Uberaba**, 2020. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br:8080/portal/acervo/portavoz/arquivos/2020/1853%20-%2012-08-2020.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Termo de convênio SUS/Uberaba nº 001/2021. **Prefeitura Municipal de Uberaba**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/aceso-a-informacao/institucional/Convnio0012021.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

REDMOND, P. *et al.* Barriers and facilitators of medicines reconciliation at transitions of care in Ireland - A qualitative study. **BMC Family Practice**, England, v. 21, n. 1, p. 116, 2020.

REIS, L. A. **Financiamento do SUS nos municípios do maciço de Baturité: execução orçamentária e aplicação dos recursos entre os anos de 2017 a 2019**. 2021. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Ceará, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2633/1/LEONARDO%20DE%20ASSIS%20DOS%20REIS%20Mono.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

RODRIGUES, W. P. *et al.* A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, n. 11, p. 383-395, 2019.

ROSA, C. D. P.; MENEZES, M. J. A. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 55-70, 2015.

RUFINO, G. P. *et al.* Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 291-7, 2012.

RUIZ, P. B. O.; PINHEIRO, G.; LIMA, A. F. C. Custos diretos dos curativos de úlceras vasculogênicas realizados por uma unidade de tratamento integral de ferida. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, PR, v. 27, p. e82224, 2022.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação

atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SANTIAGO, A. C. L. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente idoso com infarto agudo do miocárdio: um relato de experiência. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO*, 6., 2019, Campina Grande, PB. **Anais [...]**. Campina Grande, PB, 2019, [6] p. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/53211>. Acesso em: 28 out. 2022.

SANTOS, A. P. dos. **Fortalecimento e estruturação da gestão do trabalho e educação permanente o caso das secretarias municipais de saúde de: Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista no estado da Bahia.** 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2008.

SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-8, 2020.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Ambiente de trabalho do enfermeiro em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 8, n. 1, p. 72-87, 2018.

SANTOS, M. E.; MARTINS, V. F.; LEAL, E. A. Avaliação da gestão de custos nas entidades hospitalares: um estudo na cidade de Uberlândia-MG. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 3–17, 2013.

SANTOS, M. R. dos; COSTA, F.; VOESE, S. B. Causas da (não) utilização de sistemas de apuração de custos pelas instituições federais de ensino superior. *In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS*, 23., 2016, Porto de Galinhas, PE. **Anais [...]**. São Leopoldo, RS: Associação Brasileira de Custos, 2016, [16] p. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4130/4131>. Acesso em: 9 set. 2022.

SANTOS, R. V. *et al.* Gestão de Custos: Implantação do Sistema de Custeio ABC no HCFMRP/USP - Um Estudo de Caso. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS*, 10., 2003, Guarapari, ES. **Anais [...]**. São Leopoldo, RS: Associação Brasileira de Custos, 2016, [14] p. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2557/2557>. Acesso em: 20 out. 2022.

SILVA, B. N.; ABBAS, K.; CRUBELLATE, J. M. Lógicas institucionais na mensuração e gestão de custos em hospitais acreditados. **Contabilidade Gestão e Governança**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 349-69, 2021.

SILVA, R. A. **Impacto do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis sobre internações hospitalares e óbitos por doenças cardiovasculares no Brasil**. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, RN, 2022. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/46956/1/ImpactoPlanoAcoes\\_Silva\\_2022.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/46956/1/ImpactoPlanoAcoes_Silva_2022.pdf). Acesso em: 20 out. 2022.

SIQUEIRA, A. de S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. de; LAND, M. G. P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 109, n. 01, p. 39-46, 2017.

SISREG. Página principal. **SISREG – Sistema de Regulação**, 2022. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso em: 25 out. 2022.

SISTEMA DE AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS. O que é uma AIH autorização de internação hospitalar e suas principais regras. **SAUDI**, 2022. Disponível em: <https://www.saudi.com.br/blog/o-que-e-uma-aih-autorizacao-de-internacao-hospitalar/#:~:text=A%20Autoriza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Interna%C3%A7%C3%A3o%20Hospitalar%2C%20tamb%C3%A9m%20conhecida%20como%20AIH%2C%20%C3%A9,do%20Sistema%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20Hospitalar>. Acesso em: 20 out. 2022.

SOUZA, A. A. de. **Gestão financeira e de custos em hospitais**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

TIENSOLI, S. D. *et al.* Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 579-84, 2014.

UFTM. Hospital de Clínicas oferece 10 bolsas de iniciação científica para alunos de graduação da UFTM. **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, 2023. Disponível em: <https://www.uftm.edu.br/ultimas-noticias/4499-hospital-de-clinicas-oferece-10-bolsas-de-iniciacao-cientifica-para-alunos-de-graduacao-da-uftm>. Acesso em: 20 jan. 2021.

UFTM. Unidade de Registro, Revisão e Processamento da Informação. **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, 2021. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/registrorevisao-e-processamento-da-informacao>. Acesso em: 20 jan. 2021.

YOSHINO, M. J. F. **Mortalidade por doenças do aparelho circulatório, com ênfase nas doenças cardiovasculares e seus fatores associados nas cidades de São Paulo – SP e Rio de Janeiro – RJ no período de 2008 a 2017**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2440/2/Maria%20Jos%c3%a9%20Ferreira%20de%20Lima%20Yoshino.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

ZANCHIN, E. J. L. P.; DUTRA, C. C.; BERLATTO, O. Apuração dos custos para formação do preço de venda em uma empresa de transporte rodoviário de cargas de Caxias do Sul. *In*: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS DA FSG, 9., 2014, Caxias do Sul, RS. **Anais [...]**. Caxias do Sul, RS: Centro Universitário Serra Gaúcha, 2015, p. 550-554. Disponível em: <https://ojs.fsg.edu.br/index.php/anaiscontabeis/article/view/1340>. Acesso em: 20 jan. 2021.

## ANEXO A - MEMORANDO DE APROVAÇÃO DO PROJETO NA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HC-UFTM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS  
Gerência de Ensino e Pesquisa  
Rua Benjamin Constant, 16 - Cep: 38.025-470 – Uberaba- MG  
Fone: (34) 3318 5527 - E-mail – gep.hctm@ebserh.gov.br

Mem. Nº135/2020/GEP/HC/UFTM.

Em 08 de setembro de 2020.

**Ao Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira**

1. Acusamos o recebimento de sua solicitação para realizar o projeto de pesquisa intitulado: *"Estudo da viabilidade de implantação de um centro de custos em um hospital universitário federal"*, juntamente de:
  - Formulário eletrônico da Gerência de Ensino e Pesquisa preenchido (PDF);
  - Carta de ciência do Setor/Unidade-HC/UFTM/Filial Ebserh, onde será realizada a pesquisa.
2. Em vista disso, damos também o nosso "de acordo", desejando pleno êxito em sua pesquisa, ressaltando que:
  - O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFTM, cuja cópia do parecer deverá ser encaminhada a esta Gerência.
  - Envio de relatórios parcial (is) (semestral) e final a contar da data de registro na GEP.
  - Os relatórios devem ser preenchidos no formulário online: <https://goo.gl/forms/OlinScAWIXfcmZTL2>
  - É necessário apresentar, quando solicitado, o documento de registro do projeto ao (s) setor(es) do HC em que a pesquisa será realizada. Este documento será enviado a Vsa. após a submissão no CEP e encaminhamento para esta Gerência do número CAAE e situação do projeto (em análise, aprovado, reprovado ou retirado).

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior**  
Gerente de Ensino e Pesquisa/HC/UFTM-EBSERH

Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior  
Gerente de Ensino e Pesquisa  
HC-UFTM / Filial EBSEH